



**Sobre la infracción a la Misión Médica en un municipio del Bajo Cauca, en Antioquia
en el año 2019: una aproximación a las tensiones en torno a la Misión Médica**

Autor
Mariana Castro Santamaria

Director
Luisa Fernanda Ramírez Rueda

Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Conflicto, Memoria y Paz

**Escuela de Ciencias Humanas
Maestría en Conflicto, Memoria y Paz
Universidad del Rosario**

Bogotá - Colombia

2024

CAPÍTULO I:

SOBRE LA VIOLENCIA EN CONTRA DE LA ASISTENCIA HUMANITARIA EN COLOMBIA: LA INFRACCIÓN A LA MISIÓN MÉDICA EN EL MUNICIPIO DEL BAJO CAUCA, EN ANTIOQUIA EN EL 2019

Antecedentes

Del marco jurídico internacional de la asistencia humanitaria al Health Care in Danger

Los conflictos armados se pueden categorizar entre aquellos donde “se recurre a la fuerza armada entre los Estados” o a “la violencia armada prolongada entre las autoridades gubernamentales y grupos armados organizados, o entre tales grupos de un Estado” (Valencia Villa, 2014, p. 13). En ese sentido, existen dos tipos particulares de conflicto armado: los internacionales y los internos. La distinción entre uno y otro radica básicamente en quiénes participan y en dónde se desenvuelve el conflicto: mientras que en el conflicto armado internacional se enfrentan dos o más Estados, el conflicto armado interno se circunscribe al territorio de un Estado, y son las fuerzas del Estado las que se enfrentan con grupos armados o bien, el enfrentamiento ocurre entre esos mismos grupos armados (Dyukova & Chetcu, 2013).

El Derecho Internacional Humanitario (DIH), de manera general, busca limitar la forma cómo se hace la guerra para disminuir a la menor proporción posible la afectación de quienes no pertenecen a las partes enfrentadas o de quienes, en algún momento, habiendo hecho parte de las confrontaciones, decidieron hacerse al margen de las mismas (Delgadillo Otalora, 2014). Por tanto, el DIH pone de manifiesto que la dignidad humana, la vida, la libertad y la justicia están por encima de la violencia que sustenta los conflictos (González Ordovás, 2011) a través de dos reglas fundamentales: la que busca regular la conducta, los medios y métodos de combate y la que busca proteger a las personas que no participan o han dejado de participar en las hostilidades (González Ordovás, 2011).

Aterrizando este concepto en el contexto colombiano, es importante mencionar que la historia colombiana se encuentra atravesada por los rezagos de un conflicto armado interno de más de 50 años, en el que, en distintos periodos del tiempo, varios grupos con diversas motivaciones se han enfrentado entre ellos mismos y contra el Estado. Así, Castro y Vargas (2018) explican que en Colombia se propagaron las guerrillas, surgieron grupos paramilitares, narcotraficantes y organizaciones criminales que generaron una serie de violaciones masivas contra los derechos humanos que persisten hasta la actualidad. Esta violencia ha propiciado numerosos impactos devastadores, de distinta naturaleza y magnitud, que han afectado a la población colombiana y que se sintetizan en los múltiples casos de masacres, desapariciones forzadas, desplazamientos forzados, secuestros u homicidios selectivos, que además de generar un impacto físico directo en las personas han causado daños emocionales, psicológicos, morales, políticos, económicos y socioculturales (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013). Álvarez & Rettberg (2008) establecen que el conflicto ha generado detrimento y perturbación de las condiciones de vida de los colombianos, así como de la economía nacional y encuentran que “la literatura actual muestra que moverse en un entorno impregnado de violencia representa en sí costos sustanciales y reales que la sociedad se ve obligada a asumir” (Álvarez & Rettberg, 2008, p.32). En un análisis regional sobre los impactos y manifestaciones de la violencia en América Latina, (Rettberg, 2020) expone que, según datos del Centro Nacional de Memoria Histórica, aproximadamente 200.000 personas murieron a causa del conflicto armado interno y otros millones más han resultado víctimas de secuestro, desplazamientos forzados y desapariciones. La autora plantea que, si bien el conflicto ha dejado costos en términos de vidas humanas afectadas, hay literatura que “ha calculado los costos materiales de la violencia” (Rettberg, 2020, p.11) donde se encuentra, por ejemplo, que Colombia ha tenido

uno de los costos más altos del conflicto armado, para finales de los años noventa, con un 11% del PIB (Jaitman, 2017).

En ese sentido, mientras las partes en conflicto se han enfrentado y lastimado mutuamente, la población civil también se ha visto históricamente expuesta y afectada por los distintos enfrentamientos (CICR, 2010). Esto, en suma, ha convertido al 16% de la población colombiana (cerca de 8 millones de personas) en víctimas directas e indirectas del conflicto armado (Cubillos Álzate et al., 2020). Es pertinente mencionar, que, aunque los procesos de victimización asociados a la violencia en Colombia vienen de varias décadas atrás, la definición de víctima utilizada actualmente por el estado colombiano se refiere a:

Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. El cónyuge, compañero o compañera permanente, parejas del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. A falta de estas, lo serán los que se encuentren en el segundo grado de consanguinidad ascendente. De la misma forma, a las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización (Ministerio de Salud y Protección Social, s/f.-b)

Para atender las necesidades de las víctimas, el DIH contempla la asistencia humanitaria como el “envío de bienes o prestación de servicios a las víctimas de un conflicto armado que son incapaces, con sus propios medios, de satisfacer sus necesidades básicas” (Calvet Martínez, 2017, p.2) y le otorga el estatus de un derecho. Así pues, Colombia, al igual

que otros países en el mundo que han sufrido distintos procesos de violencia, ha acudido a la asistencia humanitaria para atender a las víctimas del conflicto armado interno (Zuluaga Ramírez, 2022).

En Colombia existen diversos canales de asistencia humanitaria que se encargan de dar respuesta a las afectaciones que sufre la población víctima del conflicto armado interno y que se encuentran enmarcados en la Ley 1448 de 2011 (conocida como Ley de Víctimas y Restitución de Tierras), entendiendo asistencia humanitaria como:

El conjunto integrado de medidas, programas y recursos de orden político, económico, social, fiscal, entre otros, a cargo del Estado, orientado a restablecer la vigencia efectiva de los derechos de las víctimas, brindarles condiciones para llevar una vida digna y garantizar su incorporación a la vida social, económica y política (Ley de víctimas y restitución de tierras, 2011, p.11).

En este contexto, el Congreso de la República aprobó en 2011 la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras con el objetivo de:

Establecer un conjunto de medidas judiciales, administrativas, sociales y económicas, individuales y colectivas, en beneficio de las víctimas de las violaciones contempladas en el artículo 3º de la presente ley, dentro de un marco de justicia transicional, que posibiliten hacer efectivo el goce de sus derechos a la verdad, la justicia y la reparación con garantía de no repetición, de modo que se reconozca su condición de víctimas y se dignifique a través de la materialización de sus derechos constitucionales (Ley de víctimas y restitución de tierras, 2011, p.1).

Esto, en últimas, representa un esfuerzo institucional por consolidar una democracia en la que se identifiquen y atiendan los derechos de las víctimas y en la que se priorice a esta

población en la atención y servicios que provee el Estado (Ley de Víctimas y Restitución de Tierras, 2011).

Con este fin, se creó en Colombia el sistema de atención y asistencia médica para la población civil en contextos de violencia armada, el cual busca asegurar la prestación de los servicios de salud a las personas que de una u otra forma, tanto directa como indirectamente, se encuentran inmersas en la guerra. La *Misión Médica* atiende las distintas situaciones que involucran la salud de la población, en aquellos territorios donde “los civiles están particularmente en riesgo, por el conflicto armado o por otro tipo de violencia” (CICR, 2022, p.15). La Misión Médica se encuentra enmarcada en la misión humanitaria en zonas de conflicto armado o de violencia y busca, principalmente, prestar servicios de “asistencia sanitaria, salud preventiva, educación en salud, administración y apoyo en la prestación de los servicios de salud, atención prehospitalaria, hospitalaria y extramural” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 13), con el fin de garantizar, de manera igualitaria, el acceso a los servicios básicos en salud para todas las personas que habitan los lugares más críticos en materia de violencia y conflicto en Colombia.

La experiencia en Colombia muestra que la población que habita los territorios en los que se presentan los enfrentamientos, vive en constante peligro y se encuentra generalmente expuesta a violaciones del DIH (CICR, 2010). Esta situación comprende y abarca también a la Misión Médica. Las infracciones a la Misión Médica son infracciones graves a luz de las normas humanitarias conforme al Protocolo I de los Convenios de Ginebra de 1949. El Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia (2012) estableció que una infracción a la Misión Médica es toda:

Conducta que por acción u omisión afecta a los componentes y actividades de la Misión Médica o a los beneficiarios directos de la misma (pacientes o comunidades) y que se relaciona con situaciones de orden público, irrespetando uno o varios de los deberes o derechos mencionados en los fundamentos legales y los casos evaluados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p.18).

Así, las infracciones a la Misión Médica, que son hechos de violencia dirigidos en contra del personal sanitario, del conjunto de bienes (ej., las unidades sanitarias o los medios de transporte sanitarios) y de instituciones que facilitan y posibilitan la prestación del servicio de salud a lo largo del país, son cada vez más frecuentes en el territorio nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). De hecho, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció que, a septiembre del año 2020, se registraron 242 agresiones e infracciones a la Misión Médica, lo que representó la cifra más alta de los últimos 20 años y un incremento del 63% frente al mismo periodo del año anterior (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Asimismo, según la Comisión de la Verdad (2022) entre 1965 y 2019 se cometieron 31 infracciones a la Misión Médica en promedio por año, lo que en suma da un total de 2419 infracciones durante este periodo. En ese sentido, ha habido violencia "contra las instalaciones de salud, los heridos y enfermos, el personal de salud y los medios de transporte sanitarios" (Urrego-Mendoza, 2015, p.384). En particular, las infracciones contra la vida y la integridad correspondieron al 72,5%, infracciones contra la infraestructura al 4,3%, infracciones contra las actividades sanitarias al 12,7%, violaciones al secreto profesional al 0,4% y actos de perfidia al 0,1% (Urrego-Mendoza, 2015). Así, la Comisión afirma que, durante los últimos 30 años cada quince días se ha presentado un homicidio contra algún

integrante del personal de salud de la Misión Médica en el territorio nacional (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022). Esto sugiere que el homicidio es la principal infracción contra la vida y la integridad del personal de la Misión Médica, seguido de amenazas, secuestros, toma de rehenes, desapariciones y desplazamiento forzado. De ese total, además, 93 de cada 100 víctimas fueron del personal sanitario, 5 fueron civiles y 1,4 combatientes heridos o enfermos, situación que refleja el peligro al que está expuesto el personal de Misión Médica a lo largo del territorio nacional. De las víctimas del personal sanitario, la Comisión de la Verdad encontró que la mayoría eran profesionales oriundos o residentes de la comunidad donde ocurrió el hecho violento o eran médicos rurales (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022).

La situación expuesta anteriormente no dista mucho de la realidad de otros países en contextos de conflicto armado. La CICR (2011) reconoce que hay varios países en el mundo que son escenarios peligrosos para la asistencia en salud:

El personal sanitario que trabaja en situaciones de conflicto armado u otras situaciones de violencia tiene que lidiar con numerosas dificultades, ya que tiene que adaptar la calidad de su asistencia a los recursos disponibles y hacer frente a avalanchas de pacientes a los que hay que prestar atención inmediatamente para salvarles la vida. Tras estos retos profesionales suelen acechar graves peligros relacionados con la naturaleza de su trabajo (p.14).

En Irak, por ejemplo, se estimó que desde el 2003-2011, más de 625 profesionales de la salud fueron asesinados y otros centenares han sido víctimas de amenazas o secuestros (CICR, 2011). Los mismos fenómenos se han observado también en contextos como el de Afganistán o Sri Lanka (CICR, 2011). Sobre Colombia, la CICR (2011) plantea que, al igual

que lo que ha ocurrido en Sierra Leona, el Líbano o la República Democrática del Congo, se han presentado casos de asesinatos a pacientes en las ambulancias o en los centros de salud. Asimismo, la CICR (2011) visibiliza para Colombia la exposición a minas antipersonal, lo cual pone en riesgo la vida e integridad física de los trabajadores de la salud que necesitan desplazarse por el territorio. La CICR a través del “Health Care in Danger” (HCiD) o Atención de Salud en Peligro (ICRC, s/f) estudia estas agresiones contra el personal de la salud. HCiD es una iniciativa del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que busca indagar, estudiar, visibilizar, alertar y proponer medidas para hacerle frente a la violencia contra los pacientes, los trabajadores de la salud, las instalaciones y los vehículos, para garantizar el acceso seguro y la prestación de atención de la salud en situaciones de conflicto armado y otras emergencias (CICR, n.d.). El objetivo principal de esta iniciativa es reducir la violencia en contra de la atención sanitaria y para lograrlo plantea que es fundamental movilizar y trabajar de manera conjunta con la comunidad con el objetivo de crear una base de evidencia que permita fortalecer la legislación y los mecanismos de sanción y sensibilizar a la población respecto al tema (CICR, 2022).

En Colombia, las normas que garantizan la protección de la Misión Médica están enmarcadas en el DIH (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) y el Estado Colombiano debe cumplir con las obligaciones internacionales que ha adoptado a lo largo de su historia: en particular, los Convenios de Ginebra de 1949 y sus dos Protocolos Adicionales de 1977 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) “los cuales “refuerzan la protección que se confiere a las víctimas de los conflictos internacionales (Protocolo I) y de los conflictos no internacionales (Protocolo II) y fijan límites a la forma en que se libran las guerras” (CICR, 2014).

A partir de esto, como consecuencia de un estudio desarrollado por la Comisión Internacional de la Cruz Roja en 1996 (CICR, 2022) en el que se analizaba la violencia en contra de la asistencia médica en el país, se construyeron y desarrollaron estrategias que buscan salvaguardar los servicios de salud y abordar de forma resolutiva el fenómeno de los crecientes ataques contra los mismos. En particular, y como base normativa para el contexto local, la Resolución 4481 de 2012 a través de la cual se adoptó el Manual de Misión Médica y se establecieron normas para la señalización y divulgación de su emblema, buscó sensibilizar, visibilizar y advertir sobre la necesidad de que:

Tanto las partes en conflicto, como el personal sanitario, las autoridades del Estado y la población civil, reconozcan la necesidad de cumplir con las obligaciones derivadas de la protección a la Misión Médica, como instrumento que garantiza la asistencia y cuidado de las personas heridas y enfermas, de los náufragos y de la población civil en zonas de conflicto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p. 9).

Esta resolución fue el resultado del esfuerzo conjunto entre la Cruz Roja Colombiana y el Ministerio de Salud y Protección Social, que desde 1996 lograron la creación de un grupo de trabajo multisectorial que comenzó a consolidar la evidencia y documentar la violencia en contra de la Misión Médica, y que trabajó en la creación de un emblema único que sirviera para proteger al personal médico. En esta resolución, se plantearon también reuniones periódicas en las Mesas de Misión Médica, que tienen como objetivo hacer seguimiento a la aplicación del Manual de Misión Médica en el territorio nacional (CICR, 2022) mediante “el monitoreo, consolidación y gestión de la respuesta frente a infracciones en los sitios más afectados” (Ministerio de Salud y Protección Social, s/f, parr. 9) con el objetivo de llevar un registro del impacto de las acciones que buscan la protección de la Misión Médica por parte

del Ministerio de Salud y Protección Social. En síntesis, el objetivo principal de estas Mesas ha sido generar un impacto social en el territorio que implique un compromiso entre la comunidad y las autoridades en términos de protección de la Misión Médica a través de la socialización del emblema.

Un acercamiento a las afectaciones contra la Misión Médica: el caso del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia.

Con base en lo expuesto anteriormente, el presente trabajo de investigación buscó indagar sobre el fenómeno de las infracciones a la Misión Médica, y en particular, de las infracciones contra la vida e integridad del personal de salud de la Misión Médica, en lo concerniente a homicidios, tomando como referente la infracción a la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, en el 2019. Aunque se trate de un caso específico, el contexto histórico nacional ha estado también caracterizado por la misma problemática (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) y, por tanto, del análisis de este caso de estudio podría eventualmente emerger elementos extrapolables a la realidad general de la Misión Médica en Colombia, contribuyendo así a mejorar la comprensión del fenómeno en un escenario más amplio.

El municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, que es objeto de estudio en este caso, es uno de los seis que hacen parte de una región que se denomina el Bajo Cauca Antioqueño. Esta zona colinda con los departamentos de Sucre, Córdoba y Bolívar y posee una ubicación geográfica estratégica por ser corredor y puente entre la costa caribe colombiana y el centro del país. Adicionalmente, se caracteriza por una importante riqueza de recursos que facilita el desarrollo de múltiples actividades económicas legales (como la producción agrícola, ganadera, minera y forestal) e ilegales (como la producción y tráfico de drogas, minería

informal, etc.) (Rutas del Conflicto, 2021). Por este motivo, desde 1970 distintos grupos armados de diversa índole y naturaleza, como guerrilleros y paramilitares, se han asentado en el territorio buscando, sobre todo, controlar el mercado de la coca y la extracción ilegal de oro (Rutas del Conflicto, 2021).

Esta situación ha desencadenado una ola histórica de violencia que ha persistido en el tiempo y que se ha transformado conforme a la evolución de los actores y del conflicto armado en la zona. En el Bajo Cauca Antioqueño han confluído en distintos momentos, las guerrillas de las FARC, ELN y EPL, así como distintas organizaciones paramilitares, neo-paramilitares y disidencias de las FARC, quienes, en su afán por controlar el territorio y obtener las rentas de las actividades ilícitas (Fundación Ideas para la Paz, 2014), han hostigado, hasta la actualidad, a la población habitante.

En esta región la violencia se repite, los actores armados se reciclan y la población intenta sobrevivir en medio del fuego de una guerra que no da tregua. La situación actual en la zona es crítica: masacres, asesinatos y desplazamientos azotan a esta región, agravada por las difíciles condiciones sociales de quienes habitan allí (Rutas del Conflicto, 2021, parr.1).

Lo anterior, resulta en una situación humanitaria alarmante -con gran cantidad de homicidios, desplazamientos forzados, víctimas de minas antipersonales, secuestros, extorsiones y reclutamientos forzados de menores (Fundación Ideas para la Paz, 2014). Esto se suma a las condiciones de violencia estructural preexistentes en la zona, como los altos índices de pobreza, indigencia o de necesidades básicas insatisfechas, que son superiores a los índices departamentales (Torres et al., 2020) -lo cual evidencia una peor situación para la región que para el departamento. Estos índices obedecen, esencialmente, a una baja presencia estatal en el territorio. Asimismo, otros indicadores sociales y económicos como la

calidad de las viviendas, del capital físico y humano y la educación (Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, 2021) son los peores de todo el departamento antioqueño (Rutas del Conflicto, 2021).

En lo relacionado a la violencia en contra de la Misión Médica, según la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición (2022), Antioquia es uno de los departamentos en donde más ocurrieron infracciones a la Misión Médica en el periodo comprendido entre 1965 y 2019. Justamente, en el año 2019 integrantes del Clan del Golfo cometieron una infracción asesinando al médico rural que trabajaba en el hospital municipal del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia (El Tiempo, 2019).

Factores asociados con las infracciones a las Misiones Médicas

Esta sección busca ahondar en la literatura académica e institucional existente sobre la experiencia de las Misiones Médicas en el mundo y en Colombia para establecer el estado del arte en relación con los principales riesgos y problemas experimentados por las misiones en contextos de conflicto armado, las estrategias que han adoptado para hacerles frente y de qué manera han funcionado esas estrategias.

En una revisión sistemática de literatura sobre violencia contra el personal de salud, Cox et al. (2020) encontraron que “la mayoría de la literatura existente sobre esta temática se centra en Norte América, Europa y Asia del Este, en países de medio o alto ingreso y en áreas que no presentan conflicto” (p.118), estudiando casos que tratan sobre todo de violencia física o psicológica ejercida por pacientes contra el personal de salud. El estudio afirma que “solo una pequeña proporción de las investigaciones se concentran en la violencia en contra del personal de salud en contextos de conflicto, posconflicto o ambientes vulnerables, centrándose sobre todo en investigaciones en el Medio Oriente” (p.118). Estos estudios,

además, se centran en la investigación de violencia física llevada a cabo por terceros no relacionados con la actividad médica (es decir, que no son familiares o amigos de algún paciente o trabajador de la salud (Cox et al., 2020).

En otra revisión sistemática de literatura, Haar et al. (2021) revisaron los artículos, reportes, informes e investigaciones que documentan, recopilan y analizan los datos en torno a las agresiones contra el personal, las instalaciones, los pacientes y los medios de transporte de la salud en contextos de conflicto. Los autores encontraron 1479 artículos publicados antes del 1 de enero de 2020 y ninguno de ellos se produjo antes de 1983. De ese total, 45 se ajustaban a su criterio de inclusión sobre la coincidencia respecto a los términos de búsqueda establecidos referentes a ataques, atención sanitaria y conflicto. Con estos, los autores analizaron datos que responden al dónde y cuándo se producen e investigan las agresiones, quién las perpetra y cómo y por qué se estudian. Los artículos analizados informan sobre casos específicos de violencia en contra de la atención en salud en contextos de conflicto armado y estrategias de mitigación ante esos casos, pero carecen de información que caracterice el tipo de violencia ejercida, los métodos de documentación de esos ataques y sus implicaciones. De esta manera, los autores concluyen que, aunque comparativamente, en las últimas cuatro décadas hay pocas investigaciones sobre esta temática, la literatura sobre el análisis a este tipo de ataques ha venido creciendo en la última década, aunque no es claro si ello ha contribuido a “una disminución en la frecuencia, escala o alcance de los incidentes de los ataques a la salud en conflicto” (p.15), al proveer una mayor comprensión sobre los ataques contra el personal de salud, y de esta forma, servir como mecanismo de prevención frente a futuros eventos. Por ello, plantean que es necesario mejorar la documentación sobre

los ataques, con el fin de contar con datos más completos, consistentes y accesibles que permitan realizar un análisis desde diferentes perspectivas.

Plattner (1996) hace un análisis de la neutralidad de la CICR y de la asistencia humanitaria en general. La autora argumenta que, a partir de los Convenios de Ginebra de 1949, su Protocolo Adicional I de 1977 y de los Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, la CICR se establece como un organismo humanitario imparcial, neutral e independiente. Sin embargo, la neutralidad no es simplemente mantenerse al margen y no participar de las hostilidades, sino que a este concepto le atañen más aspectos de lo que “no se debe hacer o lo que no hay que dejar hacer” (p. 177). Así, la neutralidad se puede entender “en el sentido de un deber de abstenerse de todo acto que en cualquier situación conflictiva pueda interpretarse como a favor de los intereses de una de las partes en conflicto o en detrimento de los intereses de la otra” (Plattner, 1996, p.177). Esto implica, según la autora, la creación de una relación de confianza entre todos los Estados que aceptan la participación de la CICR en los territorios que tienen contextos de guerra, toda vez que la neutralidad le provee garantías a los Estados para su propia seguridad militar y política. En lo concerniente a la imparcialidad, este concepto está directamente relacionado con la actividad de la asistencia humanitaria en tanto no habrá distinción alguna en la forma en como el CICR actúa con las partes en conflicto.

Terry (2011) analiza algunos de los éxitos y fracasos relacionados con la neutralidad del CICR en Afganistán, en lo relacionado con los desafíos que ésta presenta desde que Estados Unidos invadió el país en el año 2001, y cómo la Comisión les ha hecho frente. Para ello, la autora problematiza la neutralidad en Afganistán en tanto las partes en conflicto rechazaron rotundamente el concepto de neutralidad como principio rector de la acción

humanitaria en el contexto de la “guerra contra el Islam”. Este rechazo, que lo resume Terry como el quebranto del “pacto silencioso, la norma tácita sobre la relación entre conocer al CICR y respetarlo” (2011, p.3), contribuyó, entre otras, a que en 2003 el ingeniero hidráulico del CICR, Ricardo Munguía, fuera asesinado por ser concebido como un “símbolo del Occidente imperialista que, en su mente [la de los perpetradores], libraba una guerra contra el Islam” (Terry, 2011, p.3). El asesinato del ingeniero, amenazó la neutralidad de la Comisión y generó dudas frente a si la CICR podría reconstruir y matener de nuevo su reputación como organización neutral en un contexto conflicto armado (Terry, 2011). La CICR logró reconstruir la confianza con las partes en conflicto y les demostró que es beneficioso contar con un intermediario neutral, al concluir que “mantener la neutralidad en un conflicto no es una postura moral sino, sencillamente, la forma más eficaz hallada hasta la fecha para negociar el acceso a las personas que necesitan ayuda humanitaria dondequiera que se encuentren.” (Terry, 2011, p.17).

Calvet (2017) se dio a la tarea de caracterizar los conflictos armados prolongados y la restricción del acceso de la ayuda humanitaria, por distintas causas entre las que se encuentra el aumento de la violencia contra las misiones humanitarias, y encontró que desde los primeros años de la década de los 2000 el número de personas pertenecientes a misiones humanitarias que han resultado heridas o muertas se ha triplicado. A nivel global, explica Calvet, los países en los que el personal humanitario enfrenta mayores riesgos son Afganistán, Siria, Sudán del Sur, República Centroafricana y Paquistán, y el personal de salud más afectado ha sido el personal nativo, es decir quienes trabajan en misiones humanitarias en su país de origen y “la razón por la cual el personal nacional es el más afectado es porque se encuentra en la primera línea en el terreno y está en contacto directo

con los grupos armados” (Calvet, 2017, parr. 31). Tras repasar algunas experiencias del personal médico y humanitario en Siria o la República Centroafricana, la autora postula que la razón principal de los ataques contra el personal humanitario y médico, en situaciones de ayuda humanitaria internacional, responde a la percepción de parcialidad de las partes en conflicto. En otras palabras, la violencia contra el personal médico y humanitario internacional se explica porque este deja de ser percibido socialmente como un actor imparcial y neutral y pasa a tener alguna intención, posición o postura política definida frente al conflicto que se desenvuelve en el territorio. Esto disminuye en últimas, la credibilidad y aceptación que poseen frente a las partes en conflicto Calvet (2017).

En síntesis, la evidencia sobre los factores asociados a las infracciones contra las misiones médicas es incipiente. La literatura aquí revisada se aproxima al estudio sobre los ataques a las misiones humanitarias al analizar la violencia contra el personal médico en zonas de conflicto, y señala la necesidad de profundizar en el análisis sobre la naturaleza, alcance e implicaciones de este tipo de violencia. De esta revisión emergen algunas hipótesis explicativas (Calvet2017; Plattner,1996, Terry, 2011). Calvet (2017) plantea que en algunos casos las explicaciones de los ataques contra las misiones tienen que ver con la relación que tienen los integrantes de las misiones con los grupos armados, su origen geográfico o étnico y la percepción de neutralidad que tiene la población frente a su labor. Estos aspectos pueden poner en peligro al personal de las misiones humanitarias en tanto esta deja de ser a como un actor imparcial, porque establece alguna posición, intención o postura sobre el conflicto. Plattner (1996) propone que la neutralidad es un concepto complejo que permite crear relaciones de confianza, fundamentales para dar garantías de protección y seguridad a las misiones humanitarias. Por otra parte, Terry (2011), problematiza la “neutralidad” misma de

las misiones humanitarias en el caso de estudio de Afganistán, pero concuerda con Plattner (1996) al plantear que la reconstrucción de la confianza implicó reestablecer la neutralidad e imparcialidad de la misión en el país. De lo anterior surge la idea de que los ataques contra las misiones humanitarias tienen relación con la percepción de pérdida de confianza frente a los actores del conflicto, lo cual puede ocurrir por varias razones que involucran desde características identitarias de la población como el origen geográfico o étnico, la percepción de la población sobre las intenciones o posturas frente al conflicto de las misiones humanitarias, hasta formas de actuar de la misión con el potencial de comprometer su neutralidad.

El caso colombiano

El análisis de la violencia en contra del personal de salud en el contexto colombiano ha sido escaso. En un informe reciente sobre los diez años de la iniciativa HClD (CICR, 2022) en el que se desarrolla un balance de la situación de la Cruz Roja en Bélgica, Italia, Colombia, Nigeria, Irak, Noruega, Pakistán, Somalia y Filipinas, se visibiliza la labor que el personal de salud y los voluntarios comunitarios de las Sociedades Nacionales (auxiliares de las autoridades públicas en el ámbito humanitario) han realizado, en términos de la protección de los servicios de salud y frente a la violencia contra el personal de salud, especialmente en contextos de conflicto. En el informe se desarrolla un recuento de algunas de las medidas de HClD en distintos contextos de conflicto alrededor del mundo para proteger los servicios de salud de ataques en su contra, con el objetivo de “incentivar a más Sociedades Nacionales a sumarse, ya que la colaboración fundada en la acción complementaria es esencial para lograr resultados duraderos” (CICR, 2022, p.8). En el informe se documenta cómo ha evolucionado la iniciativa HClD en tanto ha pasado de establecer el marco normativo de la protección a los

servicios de salud a tomar acción práctica a través de estrategias y medidas que protejan al personal de salud, a los heridos y enfermos y a la infraestructura médica (CICR, 2022).

En el informe de los diez años de la incitativa HCiD, sobre el caso colombiano se establece que la Cruz Roja ha jugado un papel fundamental en la protección de la Misión Médica (CICR, 2022). En el año 1996, la CICR, desarrolló una investigación que caracterizó y problematizó la violencia contra la asistencia en salud en el país, lo que conllevó a la creación de redes institucionales (CICR, 2022). Esta fue la base histórica a partir de la cual la Cruz Roja Colombiana y el Ministerio de Salud y Protección Social comenzaron a crear grupos de trabajo, junto con la Oficina de Derechos Humanos de la Presidencia de la República y distintas organizaciones de trabajadores de la salud, en torno a la documentación de los hechos o eventos violentos contra la Misión Médica que resultaron en la implementación del emblema de la Misión Médica (CICR, 2022). En esta línea, la CICR (2022):

A lo largo de las décadas, ha trabajado con diversas administraciones gubernamentales para desarrollar e implementar leyes para salvaguardar los servicios de salud, que abarcan no solo a los trabajadores de la salud, sino también las instalaciones, los vehículos y otras actividades relacionadas con el cuidado de la salud (p.15).

No obstante, este informe de la CICR pone de manifiesto que a nivel institucional en Colombia no se han investigado suficientemente los motivos que impulsan la violencia en contra de la asistencia médica, y en particular, del personal de salud en los contextos de conflicto armado en Colombia.

Adicionalmente, desde la perspectiva médica y bioética, Bautista Espinel (2018) realizó un artículo de revisión sobre las tensiones bioéticas que existen en la prestación del

servicio de salud cuando se presentan situaciones de conflicto armado, buscando “identificar cuáles son los principios, que desde la bioética podría aplicar el personal de misión médica en situaciones que atenten contra su labor en las zonas de conflicto armado” (Bautista Espinel, 2018, p.138). La autora postula que estas tensiones surgen cuando existe una alteración del contexto normal en el que se prestan los servicios de salud, en el momento en que los actores armados afectan al personal de salud a través de la coerción, amenaza o intimidación. Y que es en estas circunstancias que el actuar de la Misión Médica debe estar regido desde de la bioética para garantizar el cumplimiento del deber y la defensa de la vida (Bautista Espinel, 2018).

Por su parte, la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición se creó en Colombia en el marco del Acuerdo Final suscrito entre el Gobierno Nacional y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo (FARC) en el 2016:

Como un mecanismo de carácter temporal y extrajudicial del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y No Repetición - SIVJRNR, para conocer la verdad de lo ocurrido en el marco del conflicto armado y contribuir al esclarecimiento de las violaciones e infracciones cometidas durante el mismo y ofrecer una explicación amplia de su complejidad a toda la sociedad (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, s/f, parr.4).

La Comisión de la Verdad (2022), en el capítulo “Impactos, Afrontamientos y Resistencias” del “Informe Final”, encontró y publicó que en diferentes periodos entre los años 1958 y 2019, tanto la guerrilla (en el periodo de expansión subversiva) como los paramilitares y la fuerza pública (ambos en el periodo de la lucha contrainsurgente)

perpetraron infracciones contra la Misión Médica, contribuyendo a visibilizar este aspecto del conflicto. La Comisión reveló que cuando fueron las guerrillas quienes ejecutaron las infracciones a la Misión Médica, las infracciones se dieron, sobre todo, en los lugares en donde las guerrillas ejercieron el control del territorio, y lo hacían por “considerar a los trabajadores de la salud como enemigos” (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022, p.19). Sin embargo, la mayor cantidad de infracciones perpetradas por las guerrillas sucedieron en los años de expansión de estos grupos y los principales casos fueron el secuestro y el trabajo forzado, al requerir mayor atención en salud. Además, agrega el informe, que “las guerrillas, y en particular las FARC-EP, controlaban las actividades de salud que se realizaban en los territorios donde tenían mayor presencia (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022, p.19) y que las infracciones a la Misión Médica aumentaban en aquellos territorios con control guerrillero que se militarizaban (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022).

Las infracciones a la Misión Médica por parte de paramilitares, por otra parte, “han sido sistemáticas y permanentes a lo largo del tiempo” (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022, p.24). Estas acciones se enmarcan en el contexto de la lucha contrainsurgente; y en este sentido, se ha acusado a los trabajadores de la salud de pertenecer o colaborar con la guerrilla y/o se ha visto “a los trabajadores de la salud rural como aliados del enemigo” (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022, p.25). La violencia ejercida por los paramilitares contra la Misión Médica reconoce la Comisión, se ha ejercido tanto en contextos urbanos como rurales y estuvo dirigida, en especial, a médicos que expusieron denuncias y

reclamaron los derechos a la vida y la salud (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022). Finalmente, las infracciones han sido ejecutadas por la fuerza pública también estuvieron enmarcadas en la lucha contrainsurgente y de parte de ellos la violencia ha consistido principalmente en infracciones contra la vida y la integridad personal (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022).

Algunos estudios académicos en torno al tema de Misión Médica en Colombia han trabajado las narrativas médicas como memorias de supervivencia (Urrego-Mendoza, 2015; Palacio et al. (2020). Urrego-Mendoza (2015) realizó una investigación de tipo cualitativo hermenéutico, en la que analizó las narrativas de los médicos colombianos que sufrieron algún tipo de violación conforme a los protocolos, tratados y normas del DIH y concluyó que a través de estas narrativas se puede encontrar información sobre los conflictos en los distintos territorios del país y su relación con la práctica médica. Además, para la autora es evidente que hay un vacío de información generalizado sobre el DIH y su relación con la Misión Médica. De forma similar, Palacio et al. (2020) realizaron una investigación cualitativa a partir de un caso de estudio comparativo de 22 entrevistas y 3 grupos focales a médicos colombianos para describir la experiencia de la Misión Médica en el contexto de conflicto armado en dos municipios antioqueños con distintos niveles de conflictividad. Los autores encontraron que existen diversas infracciones a la Misión Médica contra la vida, la infraestructura y la violación al secreto profesional. Aunque Palacio et al. (2020) enfocaron su trabajo en la afectación a la prestación de los servicios de salud una vez se cometen infracciones a la Misión Médica, los autores hallaron que hay diferencias en las condiciones laborales en las que trabaja la Misión Médica, así como en la prestación de los servicios de

salud entre municipios que tienen diversos niveles de conflictividad. Estos concluyen finalmente que en el contexto del post-acuerdo es necesario mejorar las condiciones laborales del personal de salud de la Misión, así como la formación y capacitación del personal en temas relacionados con el DIH, fundamentales para prevenir futuras infracciones a la Misión Médica. En este sentido, estas investigaciones ponen de manifiesto: (1) la importancia de la socialización del emblema de Misión Médica que busca garantizar la prestación de los servicios de salud sin distinción alguna, identificar a la Misión Médica y facilitar y proteger la ejecución de las actividades del servicio de salud y al personal de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012); (2) la relevancia de las condiciones laborales en las que trabaja el personal de Misión Médica en la prevención de infracciones a la misma; y (3) y la necesidad de procesos de enseñanza y/o capacitación comunitaria en lo relacionado al DIH por medio de estrategias ya implementadas, que pueden ser las Mesas Municipales de Misión Médica en el país.

En una investigación de tipo cuantitativo descriptivo y exploratorio, Botero et al. (2004) se propusieron identificar la experiencia de los estudiantes de último semestre de las facultades de medicina, odontología, enfermería y bacteriología en Medellín, Antioquia, en relación con el conflicto armado interno. Botero y colaboradores recolectaron información cuantitativa sobre lo percibido en cuanto a actores, extensión geográfica, efectos sobre el sector salud, temores y reacciones para enfrentar posibles situaciones críticas que se pueden presentar en la prestación del servicio de salud en zonas de conflicto. Adicionalmente, indagaron sobre sus conocimientos acerca de los deberes y derechos de la Misión Médica y sobre el DIH. Entre los resultados de los encuestados se destaca que del total de participantes (n = 273) el 75% siente temor o miedo a desplazarse, el 91% no saben cómo reaccionar ante

situaciones de peligro por el conflicto y el 89% no ha tenido preparación académica con respecto a la asistencia en salud en zonas de conflicto. A partir de los resultados, los autores plantean que hay un desconocimiento generalizado en el personal de salud encuestado sobre el conflicto armado en Colombia y el DIH, lo cual denota una imperiosa necesidad de ajuste en los programas académicos de las carreras del sector salud en relación con los “procesos económicos, sociales y político (Botero et al., 2004, p.73). También de su relación con el DIH, para “comprender las diferentes formas de actuar en su trabajo profesional, como ciudadanos y trabajadores del sector salud”(Botero et al., 2004, p.73). En últimas, esta investigación pone de manifiesto la necesidad de convertir “el tema de la “misión humanitaria y la protección del sector salud en zonas de conflicto” en uno de los ejes de formación de los currículos de pregrado y postgrado” (Botero et al., 2004, p.73).

Casallas et al. (2022) realizaron una revisión sistemática de literatura “sobre las investigaciones que analizan las agresiones al personal de salud y afectaciones en la prestación del servicio sanitario en los territorios en Latinoamérica” (Casallas et al., 2022, p.7). Para ello, “revisaron la literatura científica publicada entre 2011 y 2021 sobre las agresiones al personal de salud en Latinoamérica” (Casallas et al., 2022, p.8). En esa revisión, los autores filtraron algunas bases de datos, por términos como “agresiones”, “maltrato”, “violencia”, “personal de salud”, “trabajadores de la salud”, etc., y del total encontrado, seleccionaron y sistematizaron 34 artículos de diversas áreas y disciplinas y encontraron que la mayoría de los estudios se plantean desde una perspectiva metodológica cuantitativa y algunos, en menor medida, combinan tanto lo cuantitativo como lo cualitativo, en los contextos de México, Colombia y Perú, principalmente. (Casallas et al., 2022). Los autores encontraron que todos los estudios establecen, en primera medida, la gravedad de las

agresiones contra el personal de salud por parte de los pacientes, sus familiares o sus compañeros de trabajo, en tanto paralizan la prestación de los servicios de salud por la afectación ya sea del personal, la infraestructura o los insumos médicos. Estas agresiones varían entre las físicas, verbales y sexuales y generan en el personal afectaciones físicas o psicológicas que no son usualmente denunciadas, pero que sí requieren de mecanismos eficientes de prevención, atención y denuncia frente a estos hechos violentos. Por último, concluyen los autores, existe un vacío importante en la literatura en la medida en que no hay suficientes estudios que analicen, desde una visión cualitativa, las percepciones, voces y experiencias de aquellos que han sido víctimas de estas agresiones, para “poner en diálogo el contexto social con las vivencias y las trayectorias de las personas que se encargan de la atención en salud en diversos contextos, elementos que no son fáciles de rastrear únicamente con datos estadísticos.” (Casallas et al., 2022, p.16).

Adicionalmente, en la revisión realizada por Casallas et al. (2022) se enfatiza sobre una investigación desarrollada por la Universidad del Rosario, la Cruz Roja Colombia y la Cruz Roja Noruega en el 2019 (a la cual no se pudo acceder), en la que se exploran las dimensiones y formas de la violencia en contra de la Misión Médica en Colombia y la caracterización de las agresiones en el contexto del post acuerdo, en particular, entre los años 2016 y 2019. La investigación de la Universidad del Rosario, la Cruz Roja Colombiana y la Cruz Roja Noruega se basó en una encuesta realizada al personal de salud (80,7%), personeros (3,7%) y autoridades municipales (11,3%) en 31 departamentos del territorio nacional. Los hallazgos de la investigación indican que los principales agresores de la Misión Médica (tanto de la zona urbana como de la rural) son los familiares inconformes, los pacientes y la población del municipio, seguidos por los grupos armados organizados, los

grupos delincuenciales y las pandillas (Casallas et al., 2022). Un hallazgo fundamental de esta investigación es la persistencia de las agresiones contra la Misión Médica en el territorio nacional por motivos que no están relacionados directamente con el conflicto armado sino con condiciones estructurales en la prestación y acceso al servicio y condiciones laborales de los trabajadores del sector, para lo cual, en la investigación se concluye que en aquellos territorios donde existe presencia de grupos armados y también condiciones no óptimas para la prestación del servicio de salud, uno de los principales móviles de las agresiones es la insatisfacción de los usuarios del sistema. Por tanto, la investigación finaliza postulando que las agresiones contra la Misión Médica deberían ser estudiadas bajo una óptica que este por fuera del DIH y de los Derechos Humanos (DDHH), para poder entender sobre estos casos en los que las agresiones se originan por motivos diferentes a los del conflicto armado (Casallas et al., 2022)

Finalmente, desde la perspectiva bioética, Bautista Espinel (2019) investigó sobre la bioética médica orientada a procesos de reconciliación y construcción de paz, a partir del estudio de las tensiones bioéticas que existen en el desarrollo de la prestación del servicio de salud en el Catatumbo, buscando:

Analizar los elementos necesarios que permitan desde la Bioética, realizar aportes a los procesos de reconciliación basados en el análisis de los sentimientos, tensiones y conflictos éticos; experimentados por los integrantes de la Misión Médica, en la zona de conflicto armado del Catatumbo (Bautista Espinel, 2019, p.65).

Para ello, la autora realiza la investigación cualitativa desde una dimensión empírica, a través de paradigma histórico hermenéutico interpretativo con enfoque cualitativo y desde una dimensión no empírica mediante el método reflexivo-argumentativo, a partir de 9

entrevistas a profundidad a personas funcionarias de la salud que: (1) laboraban en entidades de salud del Catatumbo; y (2) que habían sido desplazados por el conflicto armado y que laboraban en otros lugares de Norte de Santander (departamento en el que está ubicada la zona del Catatumbo) (Bautista Espinel, 2019). Bautista Espinel (2019) afirmó que la bioética contribuye a la creación de soluciones ante situaciones conflictivas que afectan a la Misión Médica cuando se acompaña de los principios de precaución, pues conducen de manera conjunta a una actuación neutral en la prestación de los servicios de salud. Para ello, la autora postuló que es necesario analizar y ahondar en los sentimientos, tensiones y conflictos que el personal de la Misión Médica percibe en el desarrollo de sus actividades en contextos de conflicto armado. Así por ejemplo, el miedo que surge de experiencias individuales y colectivas de violencia contra la Misión Médica que se explica por la intimidación y las formas de infundir terror por parte de los perpetradores (Bautista Espinel, 2019). En este sentido, la autora plantea que:

Para los integrantes de Misión Médica, los procesos de reconstrucción de confianza y mejora en las dinámicas de interacción con la población son necesarios; porque esta relación se encuentra obstruida por la sombra y el temor a que se realicen señalamientos, que los impliquen como informantes, o colaboradores de determinados grupos (Bautista Espinel, 2019, p. 355).

Por ello, para Bautista Espinel (2019) es imperativo desarrollar procesos de reconocimiento social a nivel local-territorial, que impliquen exigir el respeto a la vida y a los espacios de la asistencia en salud para poder realizar la prestación del servicio de manera óptima.

En suma, la evidencia aquí revisada se ha centrado en cómo la Misión Médica ha sido afectada, o bien, cómo se ha desenvuelto en medio del conflicto interno colombiano. Más específicamente, la investigación de la Comisión de la Verdad (2022) sugiere diferentes patrones de relacionamiento de los grupos armados legales e ilegales que han perpetrado infracciones a la Misión Médica como la guerrilla, los paramilitares y la fuerza pública. De tal forma, la Comisión postula que la Misión Médica ha sufrido ataques por considerársele enemiga de los guerrilleros o por querer subordinar la prestación del servicio de salud a sus intereses, y en el caso de los paramilitares y la fuerza pública, por identificar a sus miembros con la lucha insurgente especialmente en aquellos casos en que se atrevieron a hacer denuncias o reclamaron derechos (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022). Otros estudios sugieren la relevancia de los arreglos institucionales y de las condiciones locales de los municipios en términos de conflictividad (Palacio et al. 2020) y de las tensiones bioéticas en la prestación del servicio de salud en el camino hacia la construcción de paz y la reconciliación en contextos como el colombiano (Bautista Espinel, 2019). Otros realizan revisiones sobre la literatura existentes en algunos países de Latinoamérica sobre las agresiones que sufre el personal de Misión Médica y postulan la gravedad de estas agresiones en tanto se afecta la prestación de los servicios de salud (Casallas et al., 2022). No obstante, estos estudios no han ahondado en la forma cómo, en la situación actual de posconflicto, la Misión Médica ha sido también uno de los objetivos criminales de los nuevos actores o de actores “pos-desmovilización” y cómo eso ha afectado, cambiado o alterado, sobre todo, la percepción de la población civil. , se concluye que las escasas investigaciones sobre la violencia en contra de la Misión Médica visibilizan el fenómeno del crecimiento de la violencia contra el personal sanitario en el país y ponen de manifiesto dos necesidades: la primera; incrementar y/o mejorar la formación y capacitación

de los profesionales de salud en temas de DIH, Misión Médica y prestación del servicio de salud en contextos de conflicto; y la segunda, investigar los motivos políticos que impulsan la violencia en contra del personal de salud en Colombia (CICR, 2022).

En síntesis, a lo largo de esta revisión de literatura, se proponen varios mecanismos explicativos de la violencia en contra de las misiones médicas que se pueden sintetizar en: (1) la pérdida de la percepción de neutralidad de las misiones médicas, por parte de la comunidad (Plattner, 1996) y la consecuente destrucción de los lazos de confianza entre las misiones y la comunidad (Terry (2011) y Calvet (2017)), (2) el desconocimiento tanto de la comunidad como de los mismos miembros de las misiones acerca del DIH y la asistencia en salud en contextos de conflicto (Palacio et al (2020) y Botero et al. (2004)), y (3) las condiciones estructurales en la prestación y acceso al servicios de salud (Casallas et al. 2022); así como las condiciones laborales del personal de la salud en contextos de conflicto (Palacio et al., 2020 y Casallas et al. 2022). Estos, pueden ser posibles móviles de tensión en torno a la Misión. La literatura empírica existente es escasa y los contextos de conflicto variados. Es necesario entonces evaluar, en conjunto, la forma como esta contribuye a comprender los ataques a la Misión Médica en el contexto colombiano.

Planteamiento del problema y objetivos

Este trabajo de investigación busca contribuir a llenar el vacío de la literatura académica sobre las tensiones alrededor de la Misión Médica, que tienen el potencial de amenazar el bienestar de sus miembros. En particular, se propone identificar aspectos de la relación entre la Misión Médica y su entorno que pueden: (i) comprometer la percepción de neutralidad e imparcialidad de sus miembros, (ii) afectar los procesos de comunicación e información entre la Misión Médica y la población; o (iii) alterar los procesos de protección

de la Misión Médica por parte de la comunidad y que pueden ser posibles móviles de tensión en torno a la Misión. Más específicamente, el objetivo de este trabajo de investigación es indagar sobre las tensiones que terminaron por convertir a la Misión Médica en un objetivo militar en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, y que potencialmente resultaron en la infracción a la Misión Médica en el año 2019, cuando actores armados asesinaron a un médico rural. En particular, los objetivos específicos de esta investigación son:

- Identificar la influencia del contexto sociohistórico del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, en el desarrollo de las tensiones que resultaron en la infracción a la Misión Médica en el 2019.
- Explorar sobre las fuentes de tensión entre la Misión Médica y otros actores relevantes en la vida sociopolítica del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, que llevaron a la infracción a la Misión Médica en el 2019.
- Indagar sobre las percepciones de la población frente a la neutralidad de la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, en el marco de tiempo de la investigación.

Metodología

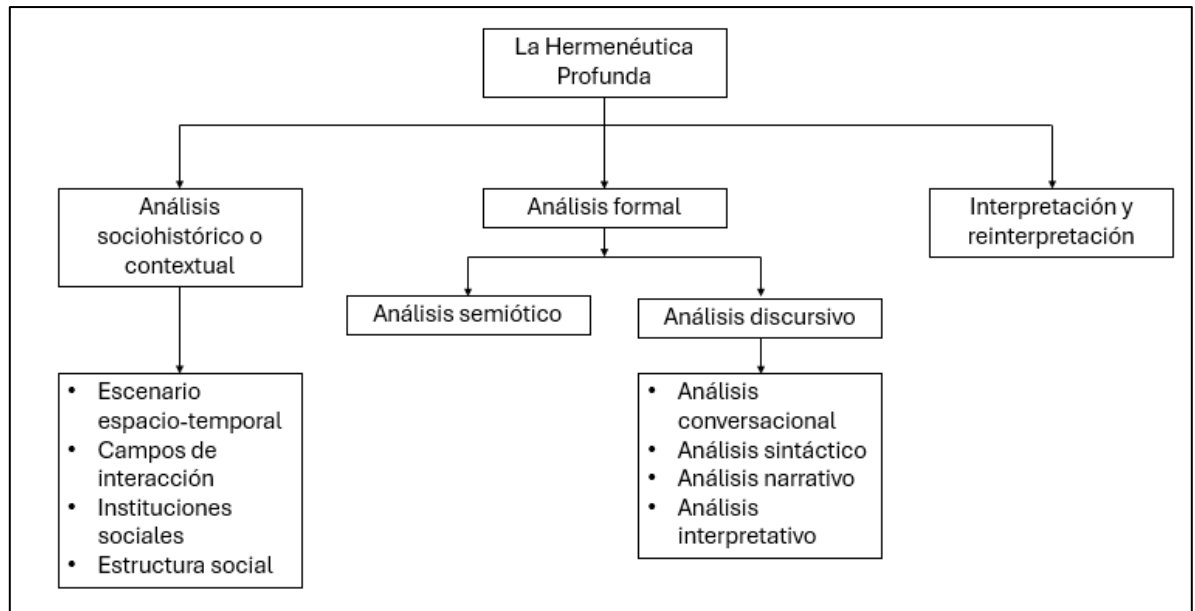
Para llevar a cabo esta investigación, se realizó un estudio cualitativo basado en la hermenéutica profunda de Thompson (1993), la cual se enfoca en las formas y los procesos sociales “en los cuales, y por medio de los cuales, las formas simbólicas circulan en el mundo social” (Thompson, 1993, p.7), entendiendo las formas simbólicas como acciones, rituales, gestos, opiniones, creencias y/o juicios. Thompson (1993) desarrolló este marco metodológico a partir de la hermenéutica profunda de Paul Ricoeur, y lo orientó a la interpretación y reinterpretación de los fenómenos significativos y al análisis de las formas

simbólicas en contextos sociohistóricos específicos (Thompson, 1993, p.36). En este sentido, la hermenéutica profunda sustenta su idea en que las diversas formas simbólicas se pueden explicar solo si se tiene en cuenta su relación con los contextos y los procesos sociales de los que hacen parte (Giménez Montiel, 2005). Es decir, las formas simbólicas se sustentan en estos contextos que son particulares a partir de su propia historia y que construyen e implican procesos específicos de interpretación y comprensión. Consecuentemente, los sujetos y sus diversas formas simbólicas no se pueden pensar en abstracto, desarticulados de su realidad y de las dinámicas que componen esa realidad: no son simples espectadores. Por el contrario, las personas y sus formas simbólicas son “productos y productores” de sus tradiciones históricas.

Esta perspectiva metodológica se compone de tres distintas fases de análisis, que no constituyen etapas específicas de una secuencia, sino que son dimensiones distintas dentro del proceso interpretativo (Thompson, 1993, p.407): el análisis histórico y social, el análisis formal o discursivo y la interpretación y reinterpretación de los dos anteriores.

Figura 1.

Representación gráfica de la Hermenéutica Profunda de Thompson.



Elaboración propia con base en Giménez Montiel, 2005, p.147.

Análisis histórico y social

A través de este se caracteriza el contexto social e histórico en el que conviven las personas y en donde se crean, reproducen, circulan y reciben las distintas formas simbólicas. Se busca, entonces, reconstruir esas características sociohistóricas que condicionan la comprensión e interpretación del mundo que tienen las personas que se desarrollan y relacionan en ese contexto específico. A partir de esta fase se establece que las formas simbólicas no se generan en el vacío, sino que son fenómenos sociales contextualizados que se producen y transmiten en condiciones históricas y sociales particulares (Thompson, 1993). Para el análisis sociohistórico, Thompson (1993) establece 4 categorías de análisis que remiten a aspectos básicos de los contextos sociales y que permiten entender de una forma más completa las condiciones sociales e históricas (figura 1).

Ámbito espacio-temporal. En este se ubican los sujetos que generan, transmiten y reciben las formas simbólicas. Según Thompson, los contextos “son espacial y

temporalmente particulares pues implican escenarios espacio-temporales que se constituyen a partir de la acción y la interacción” (Frías, 2002, p.67).

Campos de interacción. Estos detallan el análisis contextual en la medida en que los sujetos se sitúan en posiciones particulares que definen las trayectorias de sus vidas. Estas posiciones y trayectorias están determinadas por la cantidad y la distribución de algunos recursos o “capital” (Frías, 2002). Allí encontramos el capital económico que tiene que ver con el dinero; el capital cultural que tiene en cuenta el nivel de educación, el capital social que son las redes de relación social derivadas de la pertenencia a ciertos grupos, y el capital simbólico que “consiste en ciertas propiedades impalpables, inefables y cuasi-carismáticas que parecen inherentes a la naturaleza misma del agente (autoridad, prestigio, reputación, crédito, fama, notoriedad, honorabilidad, talento, don, gusto, inteligencia, etc.) y que existen en la medida en que son reconocidas por los demás” (Frías, 2002, p.70). Es así, como en los campos de interacción, los sujetos aprovechan, usan y manipulan estos recursos o tipos de capital para alcanzar sus objetivos e intereses, y moldean, a su vez, sus trayectorias de vida.

Instituciones sociales. Las instituciones sociales son, en términos generales, las reglas que determinan el uso de los recursos y el comportamiento de los individuos. Dice el autor:

Analizar las instituciones sociales significa reconstruir los conjuntos de reglas, recursos y relaciones que las constituyen, verificar su desarrollo a lo largo del tiempo y examinar las prácticas y actitudes de los individuos que actúan por ellas y dentro de ellas (Thompson, 1993, p. 410).

Las instituciones sociales hacen parte de los campos de interacción, pero no regulan todo tipo de encuentro o relaciones. Frías (2002) establece, por ejemplo, que hay varias

interacciones que suceden dentro de los campos de interacción, pero por fuera de instituciones específicas, como un encuentro entre amigos, lo que en ninguna medida implica que no estén afectadas por el poder, los recursos, las reglas y los esquemas (p. 73). En ese sentido, el autor plantea que toda acción e interacción implica la ejecución de condiciones sociales que son características de los campos de interacción (p.73).

La estructura social. En esta parte del análisis, se busca identificar las asimetrías y diferenciales estables y sistemáticos -que perduran en el tiempo- que caracterizan a los campos de interacción y a las instituciones sociales y que tienen que ver con el acceso al poder, a las oportunidades y a las posibilidades de vida. Estudiar y analizar la estructura social es un trabajo en doble vía: la primera para esclarecer y determinar esas asimetrías o diferenciales y la segunda para buscar los criterios o principios en los cuales se sustentan esas diferencias (Frías, 2002, p.73).

Análisis formal

El análisis formal busca entender los símbolos, las expresiones y los objetos que se usan en una cultura particular, es decir, la manera en la que las personas realizan una organización interna de las formas simbólicas (de un contexto sociohistórico único) en tanto las relacionan, unen y conceptualizan para crear ciertos discursos o argumentos articulados sobre algún fenómeno social. Para esta fase, es importante tener en cuenta que “las formas simbólicas son productos contextualizados y algo más, pues son productos que, en virtud de sus rasgos estructurales, pueden decir algo acerca de algo, y así afirman hacerlo” (Thompson, 1993, p.412). Similar a lo ocurrido con el análisis sociohistórico, hay varias categorías o técnicas lingüísticas para llevar a cabo el análisis formal: el análisis semiótico o el análisis discursivo.

Análisis semiótico. Thompson (1993) define este tipo de análisis como “el estudio de las relaciones que guardan los elementos que componen una forma simbólica o signo, y de las relaciones existentes entre esos elementos y aquellos en un sistema más amplio del cual pueden ser parte esa forma simbólica o signo (p.413)”. El análisis semiótico se concentra en el estudio de las formas simbólicas mismas, ubicadas dentro de los sistemas a los cuales pertenecen. A partir de esto, el análisis semiótico analiza los rasgos estructurales de las formas simbólicas y sus interrelaciones para (Thompson, 1993).

Análisis discursivo. Este estudia los aspectos estructurales y las relaciones del discurso con las situaciones que suceden en la vida cotidiana cuando se está llevando a cabo un proceso de comunicación. Estos procesos de comunicación, establece Thompson (1993), por lo general "implican una concatenación de oraciones o expresiones que se combinan de manera específica para formar una unidad lingüística supra oracional ordenada" (p. 415). Estos discursos o conversaciones muestran algunos rasgos y características estructurales de los contextos en los que se sitúan. Para estudiarlos a profundidad, existen también diversos métodos: el análisis conversacional, el análisis sintáctico, el análisis de la estructura narrativa y el análisis argumentativo. Para los fines de esta investigación, se opta por el análisis de la estructura narrativa.

Interpretación y reinterpretación.

En la última fase, se busca relacionar el contexto y las condiciones sociohistóricas con el análisis de la estructura narrativa a través de la interpretación y la reinterpretación. Para Thompson, en esta parte lo que debe hacer el investigador es darle un sentido global a los comportamientos, acontecimientos o percepciones que se generan en un contexto específico, con el objetivo de reconstruir las referencias de las formas simbólicas (qué

representan y qué dicen acerca de los representado) a partir de las dos fases analíticas anteriores (Giménez Montiel, 2005). Según Thompson (1993) esta fase:

Recurre al análisis sociohistórico y al análisis formal o discursivo para esclarecer las condiciones sociales y los rasgos estructurales de una forma simbólica, y busca interpretar una forma simbólica en esta luz, explicar y elaborar lo que dice, lo que representa y de lo que trata (p. 37).

Se denomina “interpretación y reinterpretación” porque, según el autor, se interpreta lo que ya ha sido previamente interpretado por las personas que hacen parte del mundo sociohistórico en su vida cotidiana: es decir, el proceso de interpretación es, de manera simultánea, un proceso de reinterpretación. Así, en un primer momento, las personas comprenden e interpretan las formas simbólicas en su vida cotidiana, para que, de esa manera, el investigador logre reinterpretar esas interpretaciones previas de la cotidianidad y darles un sentido en la medida en que se les relaciona estructuralmente con su contexto. Es por ello, que Thompson (1993) aclara que “las formas simbólicas, que son el objeto de la interpretación son parte de un campo preinterpretado: ya están interpretadas por los sujetos que constituyen el mundo sociohistórico” (p.421). En ese sentido, cuando el investigador realiza la interpretación de la fase sociohistórica y discursiva, está “proyectando un posible significado que puede diferir del significado interpretado por los sujetos que constituyen el mundo sociohistórico” (p.421).

Técnicas de recolección de información

Para responder al primer objetivo de identificar la influencia del contexto sociohistórico del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, en el desarrollo de las tensiones políticas que resultaron en la infracción a la Misión Médica en el 2019, se usaron dos técnicas

de recolección de información: la revisión documental y la entrevista semiestructurada. Para responder tanto al segundo objetivo de explorar sobre las fuentes de tensión entre La Misión Médica y otros actores relevantes en la vida sociopolítica del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, que llevaron a la infracción a la Misión como al tercer objetivo de indagar sobre las percepciones de la población civil frente a la neutralidad de la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia en el marco de tiempo de la investigación, se usó la entrevista semiestructurada.

La revisión documental. La revisión o investigación documental consiste en un procedimiento de indagación, recolección, organización y análisis de información frente a un tema particular (Morales, 2003). En ese sentido, “la investigación documental tiene la particularidad de utilizar como una fuente primaria de insumos, mas no la única y exclusiva, el documento escrito en sus diferentes formas: documentos impresos, electrónicos y audiovisuales” (Morales, 2003, p. 2). Para la revisión documental se analizaron 8 documentos: tres institucionales, dos de los cuales tienen que ver con el Plan de Desarrollo Municipal del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia entre el 2016 y el 2023 y el otro con el Perfil Socioeconómico del Bajo Cauca 2021; uno que hace parte de un estudio desarrollado por la organización Friedrich Ebert Stiftung en el 2020 sobre la caracterización del Bajo Cauca Antioqueño; y cuatro que hacen parte de fuentes secundarias sobre noticias que describen la situación de la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia; buscando entender el contexto sociohistórico del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia por medio del análisis del ámbito espacio-temporal, de los campos de interacción, de las instituciones sociales y de la estructura social del municipio.

La entrevista semiestructurada. Por su parte, la entrevista semiestructurada permite ajustarse a las diversas formas de comunicación y entendimiento de los entrevistados, en la que no solo se busca recolectar información sobre una temática sino relacionarla con la propia individualidad de los entrevistados (Tonon, 2009). En este sentido, la entrevista semiestructurada “facilita la libre manifestación de los sujetos de sus intereses informativos (recuerdo espontáneo), sus creencias (expectativas y orientaciones de valor sobre las informaciones recibidas) y sus deseos” (Tonon, 2009, p.53). En esta investigación, la entrevista semiestructurada estuvo dividida en tres ejes temáticos que corresponden con los temas principales de los objetivos de investigación, y para cada uno de ellos se plantearon las preguntas orientadoras que permitieron ahondar en las percepciones de los entrevistados y que estuvieron alineadas con las diferentes categorías de análisis a priori establecidas para la investigación. De esa forma, el primer eje corresponde al contexto sociohistórico del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia; el segundo a las tensiones políticas alrededor de la Misión Médica; y el tercero a las percepciones sobre la neutralidad en la Misión Médica.

Participantes

Para la entrevista semiestructurada se realizó el análisis de la estructura narrativa de seis personas relacionadas con el contexto del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia: cuatro pertenecientes a la Misión Médica y dos civiles, con el fin de comprender, en un sentido global, las posibles fuentes de tensión que terminaron por convertir a la Misión Médica en un objetivo militar en el municipio. La identificación de las personas a entrevistar se desarrolló a través de un muestreo por conveniencia (Hernández, 2021), teniendo en cuenta la dificultad para acceder a la población analizada ya que su ubicación geográfica era

diferente a la de la investigadora. En ese sentido, la cronología de la identificación de los participantes de la investigación sucedió así:

1. El Ministerio de Salud y Protección Social facilitó el contacto de dos personas de la Misión Médica dispuestas a participar en la investigación.
2. Una de esas personas facilitó el contacto de los demás participantes dispuestos a hacer parte de la investigación.

Procedimiento

La entrevista se desarrolló de manera virtual, por medio de una llamada por aplicación, teniendo en cuenta la ubicación geográfica de la investigadora (Bogotá) y de los participantes (El municipio del Bajo Cauca, en Antioquia y Medellín). La entrevista fue registrada por medio de una grabadora de voz, de tal manera que la investigadora pudiera guardar fielmente las respuestas y la conversación con los participantes. La información registrada en la grabadora de voz se transcribió en un documento de Microsoft Word para poder realizar el posterior análisis de la información por medio de la plataforma NVIVO. Una vez se realizó la transcripción, las grabaciones de voz se eliminaron.

Análisis de información

Una vez recolectada la información de las entrevistas, se realizó una primera lectura exploratoria en donde se identificaron algunos temas emergentes. Posteriormente, en el análisis del contenido, se desarrolló una fase de codificación reflexiva de acuerdo con los ejes temáticos como con los temas emergentes que surgieron en la revisión inicial, a través de la plataforma NVIVO. La tabla 1 resume, de manera general, la forma en cómo se llevó a cabo el análisis de la información:

Tabla 1.

Matriz Metodológica para el análisis de la información

Objetivo de Investigación	Operacionalización	Técnica de investigación	Categorías a priori	Ejes temáticos
Identificar la influencia del contexto sociohistórico del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia en el desarrollo de las tensiones que resultaron en la infracción a la Misión Médica en el 2019	-Artículos institucionales sobre indicadores sociales y económicos -Artículos de la Misión Médica en el municipio o zona -Percepción del contexto del municipio	-Revisión Documental -Entrevista Semiestructurada	Ámbito espacio-temporal Campos de interacción Instituciones sociales Estructura social	Ámbito espacio-temporal Campos de interacción Instituciones sociales Estructura social
Explorar sobre las fuentes de tensión entre La Misión Médica y otros actores relevantes en la vida sociopolítica del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, que llevaron a la infracción a la Misión Médica en el 2019	-Percepción de la Misión Médica como actor en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia -Percepción del emblema de la Misión Médica -Percepción de la relación de la Misión Médica con los demás actores del contexto de municipio del Bajo Cauca, en Antioquia	-Entrevista Semiestructurada	Análisis de la estructura narrativa de las formas simbólicas	Misión Médica como actor Emblema de Misión Médica Relación Misión Médica-demás actores
Indagar sobre las percepciones de la población civil frente a la neutralidad de la Misión Médica en el marco de tiempo de la investigación	-Percepción de la confianza hacia la Misión Médica -Percepción de la seguridad en torno a la figura de la Misión Médica	-Entrevista Semiestructurada	Análisis de la estructura narrativa de las formas simbólicas	Confianza hacia la Misión Médica Seguridad en torno a la Misión Médica

Nota: Elaboración propia.

Consideraciones éticas

Para llevar a cabo esta investigación, y en particular para desarrollar las entrevistas, se tuvieron en cuenta algunas consideraciones éticas que se describen a continuación:

- Beneficios: no se presentaron beneficios directos individuales ni tampoco se otorgó ningún tipo de incentivo. Sin embargo, eventualmente se presentará un beneficio indirecto para el municipio en la medida en que atraerá la atención de la comunidad académica sobre el caso del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia e identificará aspectos que puedan contribuir a salvaguardar el bienestar de las comunidades asistidas por la Misión Médica.

- Nivel de riesgo: esta investigación no presentó riesgos físicos directos porque no hubo desplazamiento alguno para la realización de la misma. No obstante, existió un riesgo moderado relacionado con el potencial malestar que le pudo generar a los participantes hablar de lo acontecido en el municipio hace 5 años.

- Consentimiento informado: para llevar a cabo esta investigación, se leyó en voz alta el formato de consentimiento informado a cada uno de los participantes previo a iniciar las entrevistas. No se recolectaron firmas para proteger el anonimato de los entrevistados.

- Uso de la información personal: para salvaguardar cualquier riesgo potencial asociado con el contexto socio-político del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia y la implicación de grupos armados en el hecho, se tomaron todas las medidas necesarias para proteger la identidad de los participantes y garantizar la confidencialidad de la información. No se guardaron datos personales de los participantes, aunque sí se tuvieron en cuenta algunos datos sociodemográficos (la profesión o el oficio y el origen). Sin embargo, es importante aclarar que esta información se anonimizó en esta investigación. Asimismo, se realizó un proceso de anonimización de la zona, denominando “el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia”

de manera general. Además, se garantiza que la información recolectada y los resultados encontrados tienen fines meramente académicos y en ningún caso se utilizará para objetivos distintos a los establecidos en esta investigación. Asimismo, se aclara que el uso de la información recolectada a través de la grabadora de voz fue netamente investigativo y que una vez la información quedó transcrita en el documento de word, las grabaciones de voz de los participantes fueron borradas de la memoria de la grabadora.

Tras haber expuesto la forma en cómo se estructuró la problematización base para esta investigación, es necesario dar paso en el siguiente capítulo a la experiencia en campo que refleja el sentir propio sobre la manera en la que se comprendieron y estudiaron las formas simbólicas de los participantes, lo cual es producto de sus propias realidades.

CAPÍTULO II

SOBRE EL CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO DEL MUNICIPIO Y LAS FORMAS SIMBÓLICAS DE LOS PARTICIPANTES EN TORNO A LAS TENSIONES DE LA MISIÓN MÉDICA EN EL TERRITORIO

“El Municipio del Bajo Cauca, en Antioquia es una calentura porque en el municipio llega toda la gente que quiera llegar. Al Municipio del Bajo Cauca, en Antioquia llegan los de la costa, los del interior, los de todos lados llegan. Y se ha vuelto multicultural (...) Yo siempre digo que somos calentura porque tenemos mucho corazón, mucho que dar, muchas cosas que mostrar de forma positiva. (Testimonio PC2, 2023)

Resultados y discusión

En esta sección se presentarán los resultados del análisis de la información para cada uno de los ejes temáticos que responden a los tres objetivos de investigación planteados. Sobre el primer eje temático, se explorarán los resultados del análisis de la información de los entrevistados y de la revisión bibliográfica en relación con la influencia del contexto sociohistórico del municipio en el desarrollo de las tensiones alrededor de la Misión Médica. Sobre el segundo eje temático, se presentarán los resultados del análisis de la información de los entrevistados que buscando entender las fuentes de tensión entre la Misión Médica y la comunidad, los grupos armados, las instituciones. Estos, en conjunto, hacen parte de la realidad sociopolítica del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia. Finalmente, el tercer eje temático, explora la percepción de neutralidad de la Misión Médica en el municipio, analizando la información proveída por los entrevistados. Para los tres ejes de investigación, se contrastarán y revisarán los resultados a la luz de los autores revisados previamente en la revisión de literatura.

La influencia del contexto sociohistórico del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, en el desarrollo de las tensiones alrededor de la Misión Médica

Para entender las tensiones en torno a la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, es necesario explorar el rol del contexto sociohistórico de la época en que ocurrió la infracción. Analizar el contexto sociohistórico implica estudiarlo y entenderlo desde diversas categorías (escenarios espacio-temporales, campos de interacción, instituciones sociales y estructura social), que se encuentran relacionadas entre sí (Thompson, 1993). De acuerdo con lo expresado por todos los participantes de la investigación, es imposible entender el municipio del Bajo Cauca en Antioquia que es objeto

de este estudio, sin pensarlo como parte de la subregión del Bajo Cauca “(...) buscamos que todo en el Bajo Cauca se mire en plan de que todos somos uno, somos seis municipios, pero todos somos uno” (Testimonio PC2, 2023); por tanto, el contexto del municipio analizado es también el contexto de El Bajo Cauca pensado como un todo, que si bien, presenta diferencias particulares, como por ejemplo, la “situación de confrontaciones permanentes que sostienen las bandas criminales narcotraficantes por el control territorial” (Alcaldía del Municipio del Bajo Cauca, 2016, p.75) que ha dejado una tasa de homicidios de 23,9 por cada 100.000 habitantes (Alcaldía del Municipio del Bajo Cauca, 2020), comparte también otras características con los demás municipios de la región, las cuales se revisarán a continuación.

La subregión del Bajo Cauca está caracterizada por su gran potencial minero, y en especial, por su explotación de oro. De hecho, el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia es uno de los municipios con mayor relevancia económica para la región, por ser el mayor productor de oro y plata de la subregión. De acuerdo con datos de la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, (2021):

Al interior de la subregión, Caucasia y el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, son los municipios de mayor importancia económica para la región, pues de forma conjunta suman 58 % de su PIB. Su distribución, según sectores de la economía, muestra una fuerte vocación minera en la región, pues dicho sector concentra alrededor del 22 % del Valor Agregado de la subregión. Al interior de la subregión, la minería de oro y plata se da en todos los municipios, siendo los más representativos el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia y Caucasia con el 20,8 % y 10,3 %, respectivamente, de la producción de oro en Antioquia (p.15).

Este rasgo es esencial para comprender algunos aspectos estructurales (migración, desempleo, infraestructura, inequidad y pobreza, por ejemplo) que caracterizan el contexto sociohistórico de la región y el municipio y que se pueden englobar en el Índice de Calidad de Vida (ICV). El ICV para el Bajo Cauca resulta ser mucho más bajo que el del departamento antioqueño lo cual “ubica a la subregión como la de menor calidad de vida de Antioquia (...) principalmente por mayores dificultades en términos de calidad de vivienda y capital físico, así como menores niveles de capital humano y escolarización” (Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, 2021, p.9). Todo esto contrasta con su éxito en la explotación aurífera.

En efecto, el desarrollo de la economía aurífera ha promovido históricamente una gran afluencia de personas provenientes de diversas partes del país, que al ver en la extracción del mineral una prometedora posibilidad de vida, arriban a la zona en busca de oportunidades (Arango et al., 2000). Por este motivo, en la región coexisten varias costumbres y tradiciones que se combinan en un solo territorio y que caracterizan las relaciones e interacciones sociales que entablan las personas que lo habitan. Así pues “esta ubicación ha permitido que entre los habitantes de estos departamentos [*Córdoba, Bolívar y Antioquia*], se mantengan estrechas dinámicas de intercambio económico y cultural” (Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, 2021, p.4), además de social, tal como establece el participante MM1:

Bueno, digamos que el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia tiene un contexto diverso. Aquí, una de las cosas que más me llamó la atención (...) es que me imaginaba que la cultura era 100% antioqueña. El antioqueño de arriero o el antioqueño de pronto de costumbres muy conservadoras, muy familiares. Pero resulta que aquí hay una colonia afro impresionante. Aquí hay gente de Chocó, de Buenaventura. También hay mucha, mucha

gente de la Costa [Atlántica], o sea, con tradiciones costeñas. Aquí hay también personas del interior del país y hay población indígena. Entonces, digamos que, si bien es una tierra paisa, el hecho de ser minera hace de que haya mucha afluencia de personas, tanto de muchas partes del país como del exterior, ya que hay una gran explotación minera privada que trae ingenieros y personas de otras partes de Latinoamérica. Entonces, es diverso. (Testimonio MM1, 2023).

No obstante, la posibilidad de encontrar oportunidades laborales formales y legales en la extracción de oro en el territorio es limitada; como lo señala PC2, “(...) llegaron con el son de que iban a encontrar el oro, así como encimita en el territorio y se dan cuenta de que para buscar el oro necesitan tener herramientas, necesitan adentrarse a lugares muy lejanos” (Testimonio de PC2, 2022), pues la demanda de mano de obra para laborar en este sector es reducida, como lo establece PC1:

Bueno, aquí hay unas empresas formales, la principal es Mineros, tienen alrededor de 900 empleados directos e indirectos, son más del doble. Pero es una población grande que tiene alrededor de 65.000-70.000 habitantes y la gente se dedica principalmente a la minería, minería informal, la extracción de oro, básicamente (Testimonio PC1, 2023).

Lo anterior, sugiere que la gran mayoría de la población se encuentra por fuera del mercado laboral formal y legal y fortalece el empleo informal, la ilegalidad y el desempleo. MM3 describe el fenómeno de la siguiente manera:

(...) Lo derivado es una población informal de rebusque, así es la palabra clarita, donde el pequeño [minero] o el barequero va todos los días al área y se rebusca lo del diario vivir, se ha venido fortaleciendo, entre comillas, una minería ilegal, que no es tan ilegal, sino es informal más que todo (Testimonio MM3, 2023).

Esto, de manera general ha contribuido a la generación de múltiples problemáticas estructurales de desarrollo económico. De acuerdo con el Perfil Socioeconómico del Bajo Cauca:

Según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), 28,5 % de la población en el Bajo Cauca es pobre, frente a un 13,4 % en el departamento, lo que equivale a una diferencia de 15,1 puntos porcentuales. De acuerdo con las dimensiones que componen el IPM, en el Bajo Cauca, la pobreza está reflejada principalmente en el 68,1 % de la población privada de empleo formal, 65,5 % con bajo logro educativo, 43,2 % sin acceso a la adecuada eliminación de excretas y 32 % con rezago escolar. Adicionalmente, el porcentaje de hogares en condiciones de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es de 10,5 % para Antioquia, y de 28,1 % para el Bajo Cauca (Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, 2021, p.12).

Y la situación para el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia no dista mucho de lo expuesto anteriormente sobre la subregión. Según el Plan de Desarrollo Municipal del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia 2020-2023:

De acuerdo con el Índice Multidimensional de Pobreza a nivel municipal a 31 de diciembre de 2018, se plantea que, en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, el 50,75% de las personas tienen alguna Necesidad Básica Insatisfecha, encontrando un 40,41% en la cabecera municipal y un 71,33% en la zona rural. Del total de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas en la zona urbana del municipio, 17,72% de la población se encuentra en condiciones de miseria; 13,49% tiene necesidades de vivienda; 13,41% tiene déficit en alguno de los servicios públicos; 13,31% vive en condiciones de hacinamiento; 7,68% en condiciones de inasistencia; y 18,81% depende económicamente de un tercero (Alcaldía de municipio del Bajo Cauca, 2020, p.34).

Los participantes que habitan el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, explican lo anterior como resultado del olvido del Estado. Este olvido histórico es uno de los principales motivos por los cuales tanto la región como el municipio presentan un pobre desempeño económico y social que contrasta con su prometedora vocación e importancia económica y con las condiciones de progreso de la región, lo cual le ha generado múltiples falencias en todos los aspectos de la vida en el territorio, tal como lo expresa MM1:

Aquí vemos veredas que fueron afectadas por el conflicto y que no tienen un acueducto, que no tienen una vía de penetración para que los campesinos puedan sacar sus productos y venderlos a un mejor precio. No hay otras alternativas en la ruralidad profunda que no sea sembrar cultivos ilícitos. Vemos cómo se contaminan los ríos con la minería. Vemos cómo hay escuelas donde no hay un profesor de bachillerato y se les viola el derecho a la educación porque no pueden continuar una media básica. Vemos, donde todavía hay zonas donde no hay señal de comunicaciones y ni siquiera puede haber un profesor por este medio como estamos conectados nosotros, porque no hay Internet. (Testimonio M1, 2023).

Este olvido, entonces, está caracterizado por una deficiente oferta de servicios públicos, falta de infraestructura y oportunidades de empleo y crecimiento profesional, que en suma favorecen la llegada y proliferación de diferentes grupos armados y focos de delincuencia en el territorio, que se benefician también de las condiciones de la zona, como la explotación minera y que, en últimas, exacerban la violencia en la zona. Entonces, en “El Bajo Cauca (...) hay una particularidad que lo diferencia: el oro, cuya explotación también se ha convertido en fuente de financiación de las organizaciones violentas” (Santisteban, 2020, p.4). La población civil y los integrantes de la Misión Médica entrevistados en esta investigación comparten esta visión. De esa manera, PC1 relata que en el Bajo Cauca:

Hay mucho desempleo, es una zona donde el nivel educativo en los colegios, el tema de desempleo, la desigualdad, la pobreza, hace que muchos jóvenes cojan el camino de la delincuencia, que vean a estos grupos armados como una oportunidad para el sustento de sus familias. (Testimonio PC1, 2023).

Por su parte, MM1 expresa que existe una relación entre las diversas formas de vida dentro y fuera de la legalidad en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, a través de prácticas como la extorsión:

El contexto es un contexto minero, es un contexto donde la gente vive de unas vacunas o extorsiones y en cierta forma se financian con la minería y con todas las extorsiones que la gente del comercio les tiene que pagar por trabajar, lo que llaman impuesto de guerra. (Testimonio MM1, 2023).

Así como lo establece el relato de MM1, la presencia histórica de diversos grupos armados y delincuenciales en la región ha definido la forma cómo se establecen las interacciones sociales en el territorio que, de manera general, constituyen un contexto de *calentura*. Esta *calentura* representa, principalmente, la forma más popular para referirse al constante riesgo al que se enfrentan todos los que habitan el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, por situaciones como asesinatos, amenazas, extorsiones, desplazamientos, prostitución o delincuencia de parte de diferentes grupos que hacen presencia en este. Los participantes oriundos del municipio coinciden en señalar, tanto civiles como integrantes de la Misión Médica, que ya es natural vivir en ese estado de zozobra, en esa tensa calma. Por ejemplo, PC1 expresa:

Es decir, ya es como cultural el hecho de que casi cualquier actividad económica tiene que pagar lo que llaman vacunas. Ya es cultural que cualquier negocio, por pequeño

que sea, tiene que pagar a uno, inclusive a más grupos, incluso hasta dos, tres grupos o delincuencia común. (...) Y bueno, se vive como en una tensa calma. De alguna manera, las personas aquí se acostumbran al tema de homicidios, es normal como el tema de extorsión, desplazamiento. (Testimonio PC1, 2023).

También PC2 visibiliza el problema que esto representa para la comunidad, para el desarrollo de su vida y para su progreso:

Acá no es fácil progresar, porque aquí usted tiene que luchar con los que cobran diariamente las vacunas, con los grupos armados al margen de la ley, con las personas que ya son expertas en corrupción política, la administrativa, de los entes públicos. (...) Luchar contra el consumo de sustancias psicoactivas, de drogas, luchar contra la prostitución de las jovencitas (...) (Testimonio PC2, 2023).

Por su parte, los integrantes de la Misión Médica reflejan la *calentura* en la que han tenido que subsistir la Misión Médica en el territorio, a lo largo de los años (lo cual se revisará a profundidad más adelante en el documento). MM4 expresa que:

La zona del bajo Cauca ha sido atropellada por muchos actores armados, o sea, no solamente un solo grupo, tenemos diferentes. Quizás en el corregimiento prácticamente, tenemos cuatro grupos ahorita. Entonces, esa ha sido la problemática de acá, donde hemos tenido vivencias muy duras. En el momento están las cosas calmadas, pero esa calma en cualquier momento se acaba. Pero sí, hemos tenido experiencias grandes. (Testimonio MM4, 2023).

Si bien, la *calentura* acarrea un significado social negativo para la mayoría de los participantes (habitantes o no del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia) por las condiciones de exposición, riesgo y amenaza en las que viven y trabajan las personas en el

territorio, es relevante también mencionar la construcción simbólica optimista que se ha creado alrededor de esa noción. La *calentura* también representa la fuerza, la resiliencia y el orgullo que caracterizan la forma cómo los oriundos del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia se enfrentan al día a día, tal como lo establece la Alcaldía del municipio del Bajo Cauca, (2016) “existe un gran número de la población que es resiliente a estas acciones violentas, especialmente la población tradicional del municipio, es decir, los de mayor arraigo y permanencia en el territorio” (p. 95); pero además es la ilusión de esforzarse por construir, cada cual, desde su quehacer, un entorno más amigable, empático y pacífico que permita contar una “nueva historia”. PC2 relata en su testimonio “Aquí es difícil muchas cosas, pero lo único fácil aquí es sonreírle a la vida (...) Yo siempre digo que somos *calentura* porque tenemos mucho corazón, mucho que dar, muchas cosas que mostrar de forma positiva” (2023). Esta perspectiva, a fin de cuentas, representa también una poderosa herramienta que la misma comunidad ha creado para encarar, con ilusión, las diversas situaciones, tensiones y conflictos que se generan entre ellos y con los demás actores que habitan el municipio. En esta línea, Santisteban (2020) menciona que:

A pesar de los problemas sociales provocados por la economía de la cocaína, la minería ilegal, así como la compleja situación social y política atizada por el *estigma* que recae sobre quienes habitan en una zona de conflicto, los habitantes del Bajo Cauca expresan su resiliencia con fortaleza. Siguen estando orgullosos de su territorio y continúan buscando formas de contar una nueva historia en la que se garantice la no repetición de la violencia y una paz duradera (p. 13).

Así pues, es claro hasta este punto que los relatos estudiados coinciden con lo postulado en Rutas del Conflicto (2011) al establecer que diversas características

estructurales del territorio han propiciado y facilitado la llegada y permanencia de diferentes grupos armados y delincuenciales, en tanto uno de los factores clave de la persistencia de la violencia en la región tiene que ver con las dificultades del Estado para hacer presencia social en el territorio (Rutas del Conflicto, 2021). Pero, además, los relatos han permitido entender que esos grupos han definido las formas cómo se relacionan los diferentes actores que coexisten en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, incluyendo la Misión Médica.

En ese sentido, y a partir del asesinato del médico rural en el año 2019 en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, se ha fortalecido un *estigma* en torno al municipio. De acuerdo con Díaz Bonilla (2019) el *estigma* es un proceso social de etiquetamiento o estereotipación de un grupo particular que le atribuye una connotación negativa y generalizable. De tal forma, este *estigma* se entiende como una mala reputación del municipio a nivel local y nacional, frente a diversos temas: tanto los sociales y de orden público, como los laborales para los miembros de la Misión Médica. En ese sentido, el *estigma* perjudica de manera directa el funcionamiento de la Misión Médica en el territorio y posibilita la generación de tensiones con diferentes actores de la realidad municipal. Para ahondar sobre este término, resulta importante entonces analizar el *estigma* desde dos perspectivas: la que se relaciona con la *calentura* del territorio y la que se relaciona con las condiciones laborales en las que se desempeñan los miembros de la Misión Médica.

En primer lugar, el *estigma* que se relaciona con la *calentura* del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia está directamente relacionado con el hecho registrado en el 2019, y es que, como establecen tanto civiles como miembros de la Misión Médica “aquí [*al municipio del Bajo Cauca, en Antioquia*] hubo un buen tiempo que nadie quería venir y es lógico” (Testimonio PC1, 2023), “no hay nadie que quería llegar acá, nadie creía en el municipio del

Bajo Cauca, en Antioquia. Tuvimos el *estigma* y seguimos siendo el *estigma* a nivel Colombia de estos hechos.” (Testimonio MM3, 2023), pues el asesinato del médico propició un ambiente de temor y duda -tanto a nivel local como a nivel nacional- con respecto a las garantías que tenía la Misión Médica en lo relacionado al tema de orden público y grupos armados. Sobre este ambiente, PC2 lo describe, al explicar lo que sucedió con los médicos en el municipio una vez ocurrió la infracción en el 2019:

Se fueron. Todos empaclaron y se fueron. Del miedo. Tanto es el miedo que yo, por ejemplo, ponía en mis redes sociales, y yo, bueno, se busca médico, póngase en fila y me llaman unos amigos y me dicen "Sí tú me garantizas que no me van a matar", y yo, no, eso sí yo no te lo garantizo (...) la confianza para ejercer en todo lo que se llama la salud aquí en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia es poca, poca confianza” (Testimonio PC2, 2023).

Y ese *estigma* es un lastre que carga la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia hasta la actualidad. MM2 expresa que:

Ese mal nombre que se ha hecho allí, esa actitud, digámoslo así de señalamiento hacia una subregión, hacia esa área, ha sido marcada y ha sido tan intensa, tan intensa, que no se ha logrado todavía como cambiar toda esa visión que hay al respecto de este tema. (Testimonio MM2, 2023).

Lo anterior ha provocado, como es de esperarse, una escasez del personal de salud, que se origina en dos vías: (1) aquellos que presencian las situaciones de violencia contra la Misión Médica en el territorio y huyen por miedo; y (2) quienes deben llegar a cumplir con su servicio social obligatorio (año rural) al municipio y prefieren eludirlo, también por miedo. Sobre la primera situación, varios medios de comunicación de hecho alertaron sobre el grave impacto de la infracción contra la Misión Médica en el año 2019. El periódico “El

Colombiano” visibilizó las consecuencias de la infracción de la siguiente forma “(...) la reacción de los médicos al calor del crimen fue la renuncia y el abandono del pueblo, este hecho dejó al municipio del Bajo Cauca, en Antioquia a la deriva” (Ospina, 2019, parr. 8). La revista Cerosetenta lo visibilizó de la siguiente forma al publicar la opinión de un habitante del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia:

“No hay ni un solo médico”, cuenta un funcionario público del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, que prefiere no dar su nombre porque el miedo ronda por el municipio desde la muerte del *doctor*. Dice que todos los servicios médicos del hospital llevan más de dos semanas suspendidos y que la comunidad –que tiene más de 78.000 habitantes– ha tenido que recurrir a clínicas privadas que, en todo caso, no tienen el personal o la infraestructura suficiente para cubrir la demanda (Sánchez, 2019, parr.6).

Respecto a la segunda situación asociada a la escasez del personal de salud, MM3 pone de manifiesto que los médicos a los que se les asigna dirigirse al municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, a cumplir con el servicio social obligatorio para poder graduarse deciden, la mayoría de las veces, evitarlo, producto del *estigma* de violencia contra la Misión Médica que se ha generado en el territorio:

Los médicos de servicio social obligatorio, que son, de pronto, los que cubren esta área, en la gran mayoría llegaban, se ganaban el concurso y preferían renunciar y esperar o llegar y buscar la forma de que le condonen el rural (Testimonio MM3, 2023).

Pero, además del *estigma* generado por la violencia contra la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca en Antioquia, otro de los principales motivos para que los rurales no arriben al municipio, explican también los participantes de la Misión Médica, está relacionado con las condiciones laborales de la Misión Médica, lo cual redundante y refuerza el

estigma con el que se percibe al municipio. Cuando se habla de condiciones laborales, los participantes de la Misión Médica lo expresan con preocupación en términos de: retrasos en los salarios, problemas con el tipo de contratación por cooperativas e infraestructura que no es óptima ni de calidad para la prestación de los servicios. Este último aspecto, particularmente, está estrechamente relacionado con el olvido histórico que ha caracterizado al municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, el cual ha generado profundas falencias en el sistema de salud y ha acrecentado una deuda histórica del Estado hacia la comunidad municipal (Rutas del Conflicto, 2021). En suma, un sistema de salud que combina los anteriores aspectos, en palabras de PC2 “(...) unas condiciones hospitalarias buenas, no las hay, un equipo médico abundante para tanta gente, no lo hay” (Testimonio PC2, 2023), es un sistema que genera un ciclo de fallas en la respuesta, atención y calidad en la prestación de los servicios de salud y que, por tanto, potencia y perpetúa las tensiones contra la Misión Médica y las afectaciones e infracciones contra su personal.

En lo que refiere a los recursos, como el capital económico, social, cultural y simbólico, que definen las trayectorias de vida de los distintos actores del municipio (Frías, 2002) y que los ubican desde lugares particulares en el contexto sociohistórico del mismo (a partir de su origen, su profesiones, sus experiencias personales), es necesario caracterizar la forma cómo actúan e interactúan los principales actores del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia: la comunidad, los grupos armados y las instituciones sociales y políticas.

La comunidad, como ya se comentó previamente, es diversa y multicultural, y “confluyen antioqueños, caribeños, afrodescendientes, indígenas y habitantes de otras regiones del país.” (Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, 2021, p.24). Esta multiculturalidad permite contar con múltiples formas de entender y vivir el conflicto que se

posicionan desde las distintas perspectivas y trayectorias de vida de las personas, como declara MM1 “entonces, digamos que es una mezcla, una mezcla de culturas y todos ellos asumen desde una posición un poco diferente el contexto del conflicto” (Testimonio MM1, 2023), lo cual sucede también para aquellos que hacen parte de la Misión Médica.

El caso de MM1 es un ejemplo del choque que representa, en la mayoría de las ocasiones, para los foráneos integrantes de la Misión llegar a un municipio afectado por la violencia en el que existen frecuentes agresiones e infracciones a la misma, pues MM1 proviene de una zona en la que nunca tuvo ninguna experiencia relacionada con el conflicto y al ejercer su profesión como enfermero en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia desconoció, en un primer momento, las tensiones y los riesgos que existen al laborar en el territorio. En sus palabras, MM1 manifiesta: “(...) empiezo a conocer de antemano el contexto de violencia, porque de la zona donde yo vengo, creo que nunca se había escuchado un disparo, ni nunca era tan evidente los asesinatos en medio del conflicto tanto urbano como rural” (Testimonio MM1, 2023).

Enfrentarse a un contexto de violencia al que no se ha estado acostumbrado, como la experiencia de MM1, es una situación similar a lo que ocurre con los médicos rurales que deben llegar al municipio a cumplir con el año de servicio social obligatorio, pero que, en muchas ocasiones, provienen de lugares en los que no han tenido vivencias relacionadas con el conflicto y, además, desconocen sobre la Misión Médica, el DIH y la prestación de servicios de salud en contextos de conflicto. Esta falta de experiencia y desconocimiento, como expone MM1, somete al personal de Misión Médica a laborar en territorios en contextos de violencia con desconocimiento de los protocolos o lineamientos para la segura

prestación de los servicios de salud, y de las herramientas con las que cuenta para exigirle al Estado condiciones óptimas, que disminuyan el riesgo de sufrir agresiones e infracciones:

[La Gobernación de Antioquia] Se dio cuenta de que tiene que trabajar el tema de Misión Médica también con los rurales, con los médicos que estaban en las facultades, porque es que este tema no se habla en los pensum académicos. Es una falla grandísima desde el Ministerio de Educación y si se habla, se hablará por allá, de pronto muy lejano. Pero todo este contexto de Derecho Internacional Humanitario, la gente piensa que es como si estuviéramos en Gaza, en Israel, pero nunca lo aterrizan a Colombia. Entonces, por eso el personal de salud cada vez está más sometido (Testimonio MM1, 2023).

Para conciliar tal diversidad de culturas y orígenes que confluyen en el territorio y hacerle frente al desconocimiento e inexperiencia con la que usualmente arriban los foráneos al municipio, es fundamental la labor articuladora de figuras como las Juntas de Acción Comunal y los líderes comunitarios, que son quienes, además, facilitan la labor de la Misión Médica en el territorio, como lo señala MM3:

Estas brigadas de salud se concertan directamente con los presidentes de la junta de acción comunal, el líder. Ellos son los que nos garantizan la vía de acceso, si pueden entrar porque la vía sí está buena, porque no hay problemas al pasar la quebrada tal, si llueve, no se muevan. Y entonces, ellos son como nuestros ojos allá pues en el momento (Testimonio MM3, 2023).

Esta tarea de liderazgo es fundamental porque también ha facilitado la comunicación y concertación con los grupos armados en torno a la necesidad de proteger a la Misión Médica en el municipio. Sobre esto, MM4 señala que, cuando sucedió la infracción en el 2019, fueron

los líderes en representación de la comunidad, quienes dialogaron con los grupos armados sobre no atacar a la Misión Médica ni al centro de salud:

Y a raíz de eso, acá en el corregimiento en particular, lo que fue presidentes de acciones comunales y líderes comunitarios, se dieron a la tarea con la Cruz Roja de hablar con esas entidades [*grupos armados*] de que no querían que se volviera a presentar eso, que el corregimiento había quedado sin médicos (Testimonio MM4, 2023).

Aquella concertación o articulación cobra una relevancia mayor teniendo en cuenta que los grupos armados que hacen presencia actualmente en el territorio desconocen sobre Misión Médica y la protección que le confiere el Derecho Internacional Humanitario al personal de salud en territorios en conflicto. Situación que no ocurría con los grupos armados que existían algunas décadas atrás, los cuales conocían y respetaban a la Misión Médica:

Porque cuando años atrás teníamos solo dos grupos armados que eran la FARC y el ELN, esos grupos respetaban y conocían lo que era la misión médica. En estos momentos, los grupos armados que tenemos (...) que son muchísimos, son tres más aparte de esos dos, hay tres más, esa gente no conoce ni respeta, ni conoce lo que es Misión Médica. (...) y por eso vienen e irrespetan lo que es Misión Médica (Testimonio MM4, 2023).

Esta proliferación de grupos armados responde a un proceso de reorganización de los grupos armados en el territorio que bien pueden tener un origen paramilitar (como el Clan del Golfo, los Caparros y las Autodefensas Gaitanistas de Colombia) o insurgente (Ejército de Liberación Nacional o disidencias de las FARC) (Santisteban, 2020). De acuerdo con MM4 “hay muchos actores armados que están en contra pues el uno con el otro y esos grupos acá mantienen con muchas diferencias” (Testimonio MM4, 2023), lo cual provoca un constante conflicto que responde a la disputa por “el control del territorio, de las rutas del

narcotráfico y de las rentas derivadas de las economías de la cocaína y del oro” (Rutas del Conflicto, 2021).

Además de las relaciones de control y dominio que establecen los grupos armados con la comunidad del municipio, existen también otras relaciones de cooperación con ciertas personas que proveen información clave y útil para el funcionamiento o protección de un grupo armado en particular. Esta situación y su relevancia para el desarrollo del conflicto ha sido ampliamente estudiada en la literatura. Por ejemplo, Estrada (2007) plantea que "las fuentes de información, la creación de redes de informantes y los trabajos de inteligencia local se han convertido en objetivos de suprema importancia en los cálculos de poder político de paramilitares e insurgentes" (p.44). Lo anterior, sin embargo, no se ha revisado a la luz de las infracciones a la Misión Médica, lo cual, según el relato de PC2, es crucial para entender la ejecución del asesinato del médico rural en el 2019. PC2 señala que:

Y preciso, el desespero de él, porque uno siempre aquí tiene que saber a quién se le monta en mototaxi y a quién se le monta en un carro pirata, pues que llama uno que no son de la flota. Porque esos que tienen la doble misión, digo yo, connotación, hay unos que son informantes, (...) y él estaba esperando un carro pirata y nadie como que le preguntó ¿Este es confiable o no? y ahí lo ultimaron (Testimonio PC2, 2023).

En ese sentido, son diversas las relaciones entre la comunidad y los grupos armados (articulación, dominio o cooperación), lo cual impacta en el ejercicio de la Misión Médica en el territorio y puede posibilitar-o no- las tensiones en torno a esta. Por su parte, el papel de las instituciones sociales y políticas y su relación con la comunidad y los grupos armados (los campos de interacción) también tiene una relevancia sustancial en el desarrollo de las tensiones alrededor de la Misión Médica.

Para analizar estos campos de interacción alrededor de las instituciones sociales y políticas, es necesario comenzar porque “a las dificultades del Estado para hacer presencia integral en el territorio se suma la débil institucionalidad, la corrupción de algunas de las autoridades locales (...) que ha derivado en la deslegitimación y desconfianza en el sistema político” (Santisteban, 2020, p.8), es decir que en el territorio no existe confianza en las instituciones municipales, lo cual es corroborado en la narración de PC2:

(...) la gente del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, nosotros los oriundos del municipio, no confiamos en la fuerza pública. Porque cada vez que nosotros denunciemos algo y uno se pregunta, pero oye, pero se lo denunciemos a la policía, ¿qué pasó? Y antes de que la policía llegue, ya llegan los demás, matan, asustan, hieren, secuestran, desaparecen. (Testimonio PC2, 2023).

En algunos estudios que analizan la situación del Bajo Cauca Antioqueño es evidente esta problemática, por ejemplo, Santisteban (2020) documenta el sentir de un representante indígena de la región cuando expresa que “en el Bajo Cauca no podemos ir a denunciar públicamente todo lo que está pasando, porque las autoridades locales están involucradas en corrupción o con grupos armados” (p.7). Pero esta desconfianza institucional se origina por un fenómeno que da cuenta de la estructura social del municipio y del que todos los participantes que habitan el territorio concuerdan al hablar: la corrupción. Según la mayoría de los entrevistados oriundos del municipio, la corrupción ha permeado varias esferas de la vida pública, incluyendo la administración del servicio de salud, lo cual pone en riesgo a la Misión Médica porque genera tensiones alrededor de su labor. En esta línea, los dos participantes de la población civil concuerdan en establecer que el sistema de salud presenta unas profundas fallas que responden, particularmente, a la mala gestión y administración de

los recursos para la salud, que, de acuerdo con datos de la Alcaldía, es el sector con mayor inversión en el municipio (Alcaldía del municipio del Bajo Cauca, 2016):

Hace unos cuatro años la gobernación de Antioquia le apostó [*destinó recursos*] a la remodelación del Centro de salud principal y el de los dos corregimientos. Y había una inversión de 20.000 millones de pesos. Y esta administración, que tuvo un mal manejo de esos recursos... todos esos recursos de salud quedaron sin terminar, unas obras sin terminar (Testimonio PC1, 2023).

Pero esos recursos de salud, lo digo porque a mí me capacitaron sobre eso, tienen una connotación y es que usted los puede utilizar a vía libre y sin tener un seguimiento (...) solamente con que usted diga no, hice una capacitación, usted ya lo pasa con que lo hizo durante cuatro años y el resto de la plata desaparece (Testimonio PC2, 2023).

Esta corrupción, sumada con el olvido histórico del municipio, agudiza e intensifica las falencias en el sistema de salud y esto, finalmente genera una profunda inconformidad en los usuarios del sistema, que produce malestar y que, en ocasiones, se traduce en acciones violentas contra el personal médico. De acuerdo con lo hallado en el estudio de Casallas et al. (2022) para Latinoamérica existe un:

Malestar y una percepción negativa hacia el sistema en general, resultando en casos de agresión al personal médico que presta los servicios de atención. Esta percepción se origina además en contextos donde el sistema de salud no tiene capacidad de brindar un servicio adecuado (Moros-Portilla & Jiménez-Pena, (2017), citado en Casallas et al, (2022), p.9).

De hecho, este fenómeno es evidenciado por MM1 al analizar la situación en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia:

El personal de salud no tiene herramientas para poder pararse y decirle a un administrativo venga, es que yo no puedo seguir trabajando en estas condiciones porque esto va a repercutir sobre estas infracciones o estos incidentes y la comunidad va a estar, digamos que inconforme, y esa inconformidad se puede traducir en agresiones, en insultos, en amenazas, en que me pueden quebrar un vidrio, en que me pueden parar la ambulancia, en que se pueden meter con mi familia y yo pagar por los platos rotos de algo que no es mi problema, es netamente administrativo (Testimonio MM1, 2023).

El anterior relato evidencia que desde la Misión Médica son conscientes, pero no responsables de esta problemática, y que, además, el personal de salud, al enfrentar estas condiciones de corrupción y olvido histórico, se está exponiendo a un riesgo mayor frente a la comunidad porque no se está demostrando la calidad en el servicio que la gente espera:

(...) Seguimos expuestos, seguimos expuestos, tenemos una infraestructura hospitalaria que no corresponde a la población, solo tenemos 6 camas en urgencias, solo tenemos media ambulancia, la otra no sirve. Y eso hace parte de trabajar en condiciones dignas y eso nos evita la vulneración a muchas cosas. Tampoco tenemos vigilantes, tampoco hay cámaras de seguridad (Testimonio MM1, 2023).

En ese sentido, en el territorio existen tensiones hacia la Misión Médica que provienen de grupos armados, pero también de la comunidad y que responden a diferentes aspectos revisados previamente. Sobre esta doble tensión, MM1 relata acerca de su experiencia en Misión Médica:

Ten mucho cuidado para dirigirte a cierta población, no te metas en esta zona porque hay guerrilla, pueden haber infiltrados, te están mirando, viendo qué hacen, cumple todo lo que prometes antes de desplazarte para no molestar en la comunidad. O el otro extremo era

la misma comunidad atacándote como corregimiento, como centro de salud, como hospital (Testimonio MM1, 2023).

Por ello mismo, y de acuerdo con lo narrado por los miembros de la Misión Médica, desde la Misión se ha propendido por crear un engranaje funcional, que vincule a todos los actores del territorio en torno a la protección de la Misión, para que cada persona conozca qué es, de qué es responsable -qué se sale de su alcance- y por qué debe respetarse y protegerse la Misión Médica a la luz del Derecho Internacional Humanitario para así disminuir riesgos y prevenir agresiones e infracciones.

En este engranaje otra institución presente en el territorio que es fundamental por su rol de eje articulador entre la comunidad, los grupos armados, las instituciones públicas y la Misión Médica, es el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Todos los participantes de la Misión Médica convienen en establecer que el CICR ha sido un facilitador para la labor de la Misión porque ha posibilitado actividades de prevención, seguimiento y control de agresiones e infracciones, lo cual les provee garantías para su protección. Por ejemplo, MM2 relata que “Allí [*en el municipio*] hemos recibido un gran apoyo por parte del CICR y por parte de la Cruz Roja, principalmente el CICR hacia aquellos grupos, al margen de la ley, que actúan por allá” (Testimonio MM2, 2023). También, MM3 narra que:

CICR, con ellos, se tiene un trabajo muy, muy bueno con todo lo que son juntas de acciones comunales y corregimientos, donde se da la concertación de la importancia de la garantía de prestación de los servicios (...) Hacen un trabajo en equipo, tanto CICR, hospital, municipio, comunidad, hace una acción integral o un engranaje que hoy por hoy vemos que es muy funcional (Testimonio MM3, 2023).

Sobre ese engranaje se constituyó en el municipio la Mesa Municipal de Misión Médica hace cerca de 7 años, de acuerdo con el Testimonio de MM2 (2023). Esta Mesa busca la concentración de actores y unión de fuerzas en torno a los distintos problemas alrededor de la Misión Médica. MM1 expresa que, en principio:

Esa mesa se creó precisamente porque en el municipio del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, los médicos no querían venir por el tema de contratación, porque los tenían contratados por cooperativas, porque como eran tan poquitos médicos, entonces había que crear unas plazas rurales y las plazas rurales son las que se sortean a nivel nacional (Testimonio MM1, 2023).

Pero eventualmente, la Mesa se estableció como una iniciativa para visibilizar y llamar la atención del gobierno nacional y departamental sobre las acciones violentas que sufre la Misión Médica en el territorio. Adicionalmente, con el propósito de trascender políticamente entre administraciones municipales, para hacer seguimiento y tomar acción frente a las diversas tensiones a las que se enfrenta la Misión Médica en el municipio: agresiones, infracciones, condiciones laborales, etc. MM1 relata su experiencia:

Empezamos a documentar, le mostramos la posibilidad al Secretario de Salud de turno que, existiendo una mesa de Misión Médica, se podía consagrar por lo menos una política municipal donde la Misión Médica tuviera altivez y tuviera participación, pudiera ser escuchada. Y ahí se debatieron muchísimas cosas. Dentro de ellas, todas las infracciones que pasaban en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, pues se llevaban a la mesa. Entonces, era una forma de llamar la atención del gobierno nacional y del gobierno departamental de que vea, es que el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia sigue notificando agresiones y agresiones, y en qué condiciones trabaja la gente allá (Testimonio MM1, 2023).

En línea con lo anterior y para lograr la trascendencia esperada, la Mesa debería ser prioritaria y permanente. Desde la perspectiva de los integrantes de la Misión Médica del municipio, la Mesa continúa activa en la actualidad, pero reconocen que: “La última [mesa] la activamos en el primer trimestre del año [año] por un enfrentamiento que hubo en Puerto López. Y sigue activa. Y la idea es que no se cierre.” (Testimonio de MM1, 2023). Sin embargo, desde la perspectiva del integrante de la Misión Médica departamental, la situación actual es preocupante porque la Mesa no sesiona con la periodicidad debida y porque no ha existido mayor voluntad política para desarrollarla, “Por parte de la autoridad de salud del municipio no ha habido como es la mejor respuesta y compromiso frente a este tema. Todo lo que hemos logrado positivamente respecto al municipio del Bajo Cauca, en Antioquia ha sido a través del hospital” (Testimonio MM2, 2023).

Esta situación repercute en que permanezcan todavía las tensiones desde la comunidad y los grupos armados hacia la Misión Médica en el municipio, lo cual se expresa por medio de acciones violentas, agresiones o infracciones -ya sean contra la vida o la integridad, la infraestructura o contra la actividad médica, entre otros-. Así, algunos medios de comunicación evidencian la realidad del riesgo al que se expone el personal de salud que hace parte de la Misión Médica en el territorio, aún después de la infracción sucedida en el 2019:

El personal médico del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, ubicado en el bajo cauca antioqueño, manifestó que han sido amenazados a través de panfletos que han llegado hasta la casa de dos de los cinco médicos que prestan su servicio en el Hospital Nuestra Señora de El Carmen. “Medicos, bayance del pueblo” (SIC), se lee en uno de los panfletos cuyos autores se desconocen (Redacción Colombia, 2022, parr. 1).

Por otro lado, para terminar de abordar la influencia del contexto sociohistórico del municipio en el desarrollo de las tensiones en torno a la Misión Médica, es necesario revisar los diferenciales que hacen del contexto del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, uno con asimetrías sistemáticas (Frías, 2002) que determinan las dinámicas entre los diferentes actores del municipio. Hasta el momento se han mencionado varias categorías que configuran las condiciones estructurales del contexto del municipio y que estructuran, a la vez, las tensiones alrededor de la Misión Médica: la coexistencia de diversas culturas que responde a la llegada de múltiples personas al territorio por el atractivo económico de la minería (principal actividad económica de la región), que además, es una de las principales fuentes de financiación para los grupos armados que se han disputado históricamente el control de la zona (Santisteban, 2020). Alineado a ello, la *calentura* con la que se percibe al municipio del Bajo Cauca, en Antioquia da cuenta del contexto al que se exponen los habitantes del municipio: profundas condiciones de pobreza y desigualdad, desempleo, precarias condiciones laborales, la corrupción de los recursos de la salud y falta de inversión en infraestructura que se combinan con los hostigamientos y acciones violentas por parte de los grupos armados; lo cual, ha provocado un *estigma* hacia el municipio que afecta, entre otras, la prestación de los servicios de salud porque no hay incentivos para suplir la necesidad laboral en salud que requiere el municipio.

Este último punto constituye otra asimetría diferencial, estructural y sistémica que configura también las tensiones alrededor de la Misión Médica: las fallas en el sistema de salud en el municipio. MM4 describe esta problemática en el territorio:

(...) lo que le podemos brindar a la comunidad son muy pocas cosas y a medias. Si te brindan la consulta, no hay medicamentos, no hay una EPS que diga aquí están los

medicamentos. No hay un laboratorio que te vaya a definir una persona que te llegue por urgencia con un parcial de orina, con un hemograma que le pueden hacer y le puedes garantizar más esa atención. Entonces, estamos a medias, estamos a medias y estamos olvidados del Estado, porque aquí simplemente estamos brindando un servicio a medias (Testimonio MM4, 2023).

En ese sentido, esas fallas tienen que ver con una combinación de condiciones precarias de infraestructura hospitalaria, falta de personal de salud y falta de capacidades y habilidades humanas en el personal existente. Sobre esta situación, desde la Misión Médica reconocen los participantes, que los habitantes del territorio suelen atribuir la responsabilidad de estas fallas a la Misión y, por consiguiente, actúan de manera violenta contra la misma en ocasiones en que el sistema no es capaz de proveerles una atención apta, humanizada y de calidad, tal como lo narra MM1:

Sí, teníamos [los integrantes de la Misión Médica en el municipio] problemas con las ambulancias, inclusive con la misma comunidad que en el desespero de una atención y la falta de suficiencia de infraestructura, de equipos, de médicos, incluso nos golpeaba las puertas (Testimonio MM1, 2023).

Sin embargo, desde la población civil se gestó una consciencia de que estas fallas responden a un problema de institucionalidad y gobernabilidad más que a la labor de la Misión, lo cual está directamente relacionado con el olvido del Estado frente al municipio y la corrupción de los recursos de la salud:

Entonces, la gente se queja desde hace muchos años de una muy mala atención en los hospitales, del tema del servicio al cliente, de que, si van a pedir una cita, tienen que madrugar desde las dos de la mañana y a veces no consiguen una cita. Entonces, las

atenciones no son personalizadas como deberían ser. (...) Hay un problema de fondo, de infraestructura, de talento que no se ha resuelto (...) y es un tema institucional, es un tema de gobernabilidad, lo veo así, que falta más presencia, más preparación (Testimonio PC2, 2023).

Así, estas fallas generan tensiones entre los integrantes de la Misión Médica porque no existen condiciones laborales ni estándares de calidad para ejercer la prestación de los servicios de salud en el municipio, lo que expone al personal de salud a mayores riesgos frente a acciones violentas, cuestión que la normatividad nacional ni la literatura académica no contempla. En palabras de MM1:

Hay algo que no lo dice la Resolución, la 4481. Y es una experiencia del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, y es que cuando a ti te colocan a trabajar en condiciones que no cumplen con los estándares de calidad o que no cumplen con la oferta de servicios para cierta población, tú te estás poniendo en riesgo también (Testimonio MM1, 2023).

Y esto, justamente, se presentaba en el momento en que ocurrió la infracción en el 2019:

Entonces, cuando nosotros trabajábamos en el hospital pequeño, que era donde trabajábamos con *el doctor*, a cada rato nos tumbaban la puerta, cada rato nos insultaban y nos gritaban porque todo el mundo quería que se atendiera a la gente. Pero eran cosas que no dependían de nosotros (...) O sea, que no solamente era asesinar un médico, sino las condiciones que la gente tenía que haber para sentirse segura y para sentirse que le estaban prestando condiciones de calidad (Testimonio MM1, 2023).

Finalmente, las fallas en el sistema de salud, las condiciones laborales para los integrantes de la Misión, el estado y la calidad de la infraestructura y la desviación de los recursos para la salud por la corrupción política estructuran un concepto que los oriundos del

municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, tienen muy presente en sus relatos y que han denominado como la “deuda que el Estado tiene con el municipio”. Esta deuda implica un tratamiento diferencial y equitativo por parte del Estado para lograr suplir las necesidades de la población, y en ese sentido, poder suprimir de la cultura y estructura del municipio ese sentimiento de que “algo se les debe”, que termina también por condicionar la actitud que tienen frente a la prestación de los servicios de salud y que, por ende, influye en las tensiones alrededor de la Misión Médica, tal como lo establece MM1:

Por eso, entendiendo el contexto 12 años después, luego de que pasan todos este tipo de situaciones, uno entiende que aquí en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, al no haber justicia, al no haber equidad, pues obviamente la gente tiene dentro de sí ese sentimiento de que algo me debes, de que nunca, nunca me dijiste, si, te asesinamos a tu familia y te pido perdón, o el Estado llegar a incluirlos en una acción que permita inclusión (...) De ahí en que nosotros como funcionarios de salud debemos entender el paradigma y entender la situación del porqué esta gente, cuando llega a un servicio hospitalario, exige. O sea, están predispuestos. Están predispuestos como a que no les van a dar nada y para ellos se les hace extraño cuando se les atiende bien, porque todo el tiempo han sido vulnerados (Testimonio MM1, 2023).

Sobre esto se estructuran las relaciones que entabla la comunidad del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia con las instituciones y con la Misión Médica, en el sentido de que está predispuesta a un proceder incorrecto de las autoridades o a una mala atención del personal de salud y actúa desde la exigencia, que muchas veces es hostil. Lo anterior, sucede por el olvido histórico analizado previamente, lo cual ha desencadenado en la deuda que la población le reclama al Estado para atender sus necesidades de manera óptima, empática y equitativa.

En línea con lo anterior, y cuando esa deuda pueda comenzar a saldarse y ello traiga consigo desarrollo para el municipio, consecuentemente, mayor será el beneficio para la Misión Médica, ya que podrán atenuarse los aspectos que contribuyen al desarrollo de las tensiones originadas en torno a ella.

En síntesis, sobre la influencia del contexto sociohistórico del municipio en el desarrollo de las tensiones hacia la Misión Médica, se encontró que las condiciones estructurales del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, facilitan el desarrollo de estas tensiones en el sentido en que, las características de migración, pobreza, desempleo, desigualdad e ilegalidad (que contrastan con la importante vocación económica no solo del municipio sino también de la región del Bajo Cauca) han favorecido la llegada y proliferación de distintos grupos armados y delincuenciales que han propiciado un contexto de *calentura* en el municipio. Esta *calentura* constituye el ambiente en el que se ha desenvuelto la Misión Médica en el territorio teniendo en cuenta el riesgo y las constantes amenazas a la integridad de los miembros de la Misión por parte de los grupos armados. De esta *calentura* surge también otro hallazgo que ha posibilitado las tensiones alrededor de la Misión Médica y es el *estigma* con el que se percibe al municipio no solo a nivel local sino también a nivel nacional y que está relacionado con la mala reputación del territorio en términos de seguridad y orden público por hostigamientos y actos de violencia propiciados por los grupos armados hacia la comunidad y la Misión Médica, pero también por otras condiciones estructurales que componen lo que se ha denominado la deuda histórica del Estado con el municipio, y que se refleja en la Misión Médica en las precarias condiciones laborales y en las fallas generalizadas del sistema de salud. Todos los hallazgos mencionados, sobre el contexto

social e histórico del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, han posibilitado las tensiones alrededor de la Misión Médica en el territorio.

Las fuentes de tensión entre la Misión Médica y los demás actores de la realidad sociopolítica del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia

Para comprender las tensiones alrededor de la Misión Médica en el municipio que desencadenaron en la infracción del año 2019, ha sido necesario explorar las percepciones existentes sobre la Misión como actor en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia. Por una parte, desde el lado de la población civil se exploraron las percepciones y formas de concebir a la Misión Médica en el territorio, la forma cómo la ciudadanía reconoce el emblema de Misión Médica, y su relación con los demás actores de la realidad sociopolítica. Por otro lado, desde la Misión misma, fue necesario ahondar, con mayor detalle en la forma cómo sus miembros perciben su labor, lo que dice la normatividad al respecto y lo que, verdaderamente, sucede en el territorio. Es precisamente esta diferencia entre lo establecido en la normatividad y lo que en realidad sucede en el municipio, que permite entender la percepción que se tiene sobre la Misión Médica, pues, de acuerdo con los testimonios de los participantes, se encuentra en una constante disyuntiva entre el deber ser y la realidad.

El deber ser comprende entonces lo establecido en el Manual de Misión Médica para Colombia, sobre la necesidad fundamental de protección del personal sanitario en los contextos de conflicto armado y otras situaciones de violencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Por su parte, la realidad es que, tal como indica el mismo Manual, y como es evidente en múltiples noticias a lo largo del país Redacción Colombia (2022), Ospina (2019) y Sánchez (2019) las infracciones contra la Misión Médica son cada vez más frecuentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

En ese sentido, sobre la percepción del deber ser de la Misión Médica, PC2 menciona que, desde la comunidad, existe la percepción de una protección que custodia a la Misión Médica aún en un contexto de *calentura* como el del municipio, tal como lo expresa a continuación:

Uno siempre piensa que la Misión Médica está por encima de cualquier conflicto (...) porque uno siempre espera que los médicos, pues, que la misión médica en general sea respetada, a pesar de que el tema de conflicto sea extremo o se haya agudizado (Testimonio PC2, 2023).

En línea con ello, PC1 también coincide en que, en el caso ideal, la comunidad debería rodear a la Misión Médica buscando su respeto e integridad y teniendo en cuenta que de ella depende la prestación de los servicios de salud en el territorio, “la Misión Médica es algo que uno tiene que cuidar y que tiene que valorar en el territorio” (Testimonio PC1, 2023).

Sin embargo, el motivo por el cual es necesario proteger, valorar y cuidar a la Misión Médica es desconocido entre la población civil, como se evidencia en el siguiente ejemplo, donde el participante confunde a la Misión Médica con la Cruz Roja. Este participante, aunque tiene un conocimiento muy general sobre lo que hace la Misión Médica (proteger la integridad), no tiene un entendimiento claro ni específico sobre su quehacer. En este ejemplo se evidencia la percepción superficial que posee el participante sobre lo que es Misión Médica:

Por lo que veo, que son unos carros que van con los logos de la Cruz Roja, que van a como a misiones específicas, entiendo que son como conciliadores, pues van y si hay heridos y demás en el enfrentamiento...todo esto, son los que protegen la integridad de las personas que necesitan atención (Testimonio PC2, 2023).

Este amplio desconocimiento sobre Misión Médica es, en últimas, una de las fuentes de tensión en el territorio, pues al no existir un claro entendimiento sobre lo que es la Misión, en qué está enmarcada y por qué es deber de todos cuidarla y protegerla, es más probable que se desencadenen hechos de violencia en contra de la Misión que terminen por afectar a sus integrantes, pues se genera un ciclo en donde: la Misión Médica no conoce acerca de los protocolos y comportamientos seguros al ejercer su labor, lo cual puede desencadenar imprudencias o malas atenciones, y eso, en últimas, afectará a la población, que al no conocer sobre Misión Médica y DIH, no tiene consciencia de que una agresión o infracción a la Misión es una alteración negativa en la prestación de los servicios de salud del municipio, lo cual los deja desprotegidos ante cualquier situación médica o de urgencia en salud.

Este desconocimiento, pero desde los mismos miembros de la Misión, lo destaca la misma Gobernación de Antioquia: “con respecto a la Misión Médica podría además considerarse la vulnerabilidad del personal sanitario, derivada del desconocimiento de las normas nacionales e internacionales que protegen su actividad” (s/f). Entonces, cuando los miembros de la Misión conocen la normatividad y los protocolos, la Misión Médica ejerce y replica comportamientos seguros y la comunidad, los grupos armados y las instituciones reconocen la importancia de proteger a la Misión en tanto garantiza la atención médica de todas las personas heridas o enfermas en el territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). En ese sentido, que el conocimiento sobre Misión Médica y DIH sea generalizado y relevante no solamente para los miembros de la Misión, sino también para la comunidad en su totalidad, es crucial para entender y ejercer, a consciencia, la protección a la Misión Médica en el territorio en tanto garantiza la prestación de los servicios de salud para la comunidad, lo cual es fundamental para su bienestar y cuidado.

A su vez, desde la Misión Médica existe una percepción del “deber ser” de la Misión Médica, que está relacionada con la sensibilidad cultural. Se trata nada menos que de “la importancia de la comprensión de los diferentes significados de la cultura para la práctica profesional” (Tatar, 2008, p.123). En este sentido, desde este “deber ser”, los miembros de la Misión Médica deberían desarrollar una sensibilidad cultural sobre el contexto, en este caso sobre el municipio del Bajo Cauca en Antioquia, que les permita comprender las condiciones del municipio, sus diferentes dinámicas y su historia, con el fin de crear un repertorio de comportamientos seguros y prevenir las tensiones que se pueden generar con diversos actores en el territorio. En palabras de MM1 “no es lo mismo trabajar en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia que trabajar en el área metropolitana de Medellín o en una ciudad principal” (Testimonio MM1, 2023):

Entonces, cuando tú entiendes este contexto (*de deuda histórica*), sabes que cuando vas a hacer una brigada, por ejemplo, a una vereda, pues no le prometas cosas que no le vas a llevar, porque en cierta forma estás recordando o metiendo el dedo en la herida de que sigues vulnerando sus derechos. Y eso es, digamos que encender un poco más esa falta de equidad social desde el punto de vista de salud (Testimonio MM1, 2023).

En ese sentido, explica MM1 “Entonces, cuando tú (*personal de salud*) te educas, lees sobre el contexto, sobre todo lo que te está aportando el comportamiento seguro (...) tú minimizas el riesgo” (Testimonio MM1, 2023).

Hasta este punto, se han ejemplificado entonces algunos ideales que dan cuenta de la percepción del “deber ser” de la Misión Médica desde los participantes de la población civil y los integrantes de la Misión, pero es necesario ahora ahondar sobre la otra parte de la dualidad que trata acerca de la realidad de lo que sucede con la Misión en el territorio. Esta

realidad, dista entonces del “deber ser” descrito anteriormente. Como ya se ha revisado en la sección anterior, la Misión Médica se enfrenta a múltiples condiciones estructurales del contexto municipal que la exponen a escenarios de mayor vulnerabilidad, que se han traducido en diversas agresiones e infracciones en su contra. Esto va en contravía del DIH y de lo establecido en la Resolución 4481 de 2012 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Por ejemplo, El Espectador reportó en el año 2022 una nueva infracción a la Misión Médica a través de una amenaza pública contra el personal de salud ““Medicos, bayance del pueblo” (SIC), se lee en uno de los panfletos cuyos autores se desconocen. Esta situación llevó a que tres de los cinco médicos abandonaran el municipio, según informaron las autoridades” (Redacción Colombia, 2022, parr. 2).

Aunque estas situaciones de violencia se han presentado con frecuencia en el territorio, un aspecto a analizar es que, desde la comunidad, la Misión Médica ha sido también apoyada y respaldada múltiples veces frente a situaciones de riesgo, amenaza o violencia directa, por parte, por ejemplo, de los actores armados. Es decir, desde la misma comunidad se han podido generar algunos procesos de respaldo a la Misión, aún con el desconocimiento generalizado que ha existido en torno a los temas de Misión Médica, lo que puede representar una estrategia comunitaria para disminuir las tensiones hacia la Misión Médica en el territorio. Una muestra de ese apoyo es un suceso que narra MM4 en el que la comunidad alertó a la Misión frente a una situación que representaba una amenaza para su seguridad:

Este año, en el mes de mayo, tuvimos una brigada donde había mucho personal. Nos tocó suspender la brigada porque en medio de la brigada comenzaron los combates, cerquita de donde estábamos. Y mire que fue algo que.... El respaldo a la comunidad, porque el señor

de la comunidad, el profesor y el presidente de acción comunal dijeron jefe, empaquen y se van ya, porque hay combates aquí cerquita y los pueden venir a buscar. Entonces, mire que ese es un respaldo de la comunidad hacia nosotros (Testimonio MM4, 2023).

Asimismo, sobre la experiencia con la infracción del 2019, todos los participantes coinciden en que el apoyo de la comunidad fue una reacción inmediata para hacerle frente a la violencia contra la Misión y alzar la voz sobre lo sucedido, MM4 relata que tras lo ocurrido:

Hubo muchas manifestaciones, estuvimos en unas marchas. La comunidad nos apoyó mucho. (...) la comunidad se comenzó a pellizcar y comenzaron a hablar con esos grupos armados para que dejaran que los médicos volvieran. Que de pronto no atacaran a la misión médica, que no atacaran al centro de salud (Testimonio MM4, 2023).

Y MM3 continúa diciendo que:

Total, el apoyo fue de todo el municipio, de toda la población, el rechazo unánime 100%. La empresa privada, seccional, CICR, ministerio, entidades externas, el grupo de psicólogos ARL, todo eso de trabajo comunal, juntas de acciones comunales, todo fue un apoyo 100% al hecho (Testimonio MM3, 2023).

Este respaldo y apoyo comunitario hacia la Misión Médica, encuentra su razón, de acuerdo con los testimonios registrados de los integrantes de la Misión Médica, sobre todo en la calidad del servicio que provee el personal de salud y que depende no solamente de sus habilidades profesionales y de una infraestructura de calidad para la prestación de los servicios, sino también humanas y de atención al paciente. Sobre este aspecto, MM4 establece que:

Nosotros hemos venido brindando, de pronto, ese papel de apoyo a la comunidad, de llevarle ese servicio de odontología, de planificación familiar, de médico general, de

crecimiento y desarrollo a esas comunidades tan apartadas que no tienen cómo venir hasta los corregimientos que es de pronto lo más cercano que les queda. Y a raíz de eso hemos tenido la protección y de pronto la disposición de esa comunidad de respaldarnos (...) Entonces, yo siempre trato de que, si esta persona de esa comunidad me llega, no se me regrese sin la atención. Tratar de, al máximo, a lo que esté en mis manos, de brindarle el servicio para que la persona se sienta satisfecho por haber recibido la atención. Entonces, en eso, en lo que yo me base para buscar un respaldo y el apoyo de las comunidades (Testimonio MM4, 2023).

Esta última parte del relato de MM4 permite deducir que, desde parte del personal de la Misión Médica del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, se ha creado una estrategia para ofrecer y recibir apoyo por parte de la comunidad y, de esta forma, poder sobrevivir y ejercer libremente su ejercicio profesional en el territorio. Esta estrategia consiste entonces; en proveer un servicio humanizado, de calidad, en el que, con los recursos disponibles, el personal sanitario pueda brindar a los usuarios del sistema un servicio que atienda sus necesidades de manera satisfactoria, en la medida de lo posible.

Pero, existen algunas discrepancias desde los participantes de la población civil con respecto a la efectividad de esta estrategia, porque ellos reconocen que, en la realidad de la labor de la Misión Médica, el personal de salud comete errores en su proceder profesional que lastiman a la comunidad y que generan tensiones no solo con la comunidad, sino también con los grupos armados. En línea con esto, el relato de PC1 refleja lo establecido por Casallas et al. (2022) sobre cómo las condiciones de prestación del servicio de salud determinan las agresiones contra la Misión Médica:

La gente se queja desde hace muchos años de una muy mala atención en los hospitales, del tema del servicio al cliente, de que, si van a pedir una cita, tienen que madrugar desde las dos de la mañana y a veces no consiguen una cita (...) Entonces eso al final te va generando un estrés, una situación a alguien que tiene una persona enferma y entonces generan esos conflictos ahí y mira lo que desencadenan, ¿cierto? (...) Y es un tema que no se ha resuelto porque sigue pasando, la gente sigue con los enfermos, los dejan ahí, no los atienden rápido. Es que no es una atención humana, es una atención que no, hay que mejorarla definitivamente (Testimonio PC1, 2023).

Precisamente una de las categorías sobre la cual se configuran algunas tensiones alrededor de la Misión Médica tiene que ver con la humanización de adentro hacia afuera y de afuera hacia adentro “es decir, la actitud de la población frente a la misión y la actitud del profesional o de los servidores o funcionarios y de las instituciones frente a la comunidad” (Testimonio MM2, 2023), que debe basarse en el respeto, la empatía y la tolerancia entre la Misión Médica y los usuarios del sistema de salud. Según Correa Zambrano (2016):

La humanización de la salud apunta al objetivo central de orientar la actuación en el mundo de la salud hacia el servicio de la persona enferma, considerándolo en su globalidad personal y tratando de ofrecerle una asistencia integral con calidez, que responda a las dimensiones psicológica, biológica, social y espiritual (parr. 21).

Es decir, humanizar la atención en salud es dignificar el servicio que se le está prestando al paciente, para que de esta forma este se sienta valorado y atendido integralmente por parte del personal de salud (Correa Zambrano, 2016). Sobre la humanización en el ejercicio de la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, y de acuerdo con el relato de los participantes, varios hechos de agresión contra la Misión se originan, de

hecho, porque no existe un respeto mutuo en la prestación del servicio de salud. En palabras de PC2 al narrar su experiencia con otras personas del territorio:

Entonces me dicen, claro, como a ti te conocen, no te contestan feo. Y le digo yo, pero contestan feo siempre y cuando tú llegues a insultar al otro. A veces me ha pasado escuchar a unas compañeras, pero yo les digo, pero ven acá, llegaste gritando. ¿Y tú qué esperas que el otro reaccione? Si tú llegaste gritando (...) yo digo que si ellos responden de forma inadecuada es porque eso es lo que están recibiendo (Testimonio PC2, 2023).

En este sentido, se vuelve nuevamente a la importancia de la sensibilidad cultural por parte, no solo de los integrantes de la Misión Médica, sino también de los usuarios del sistema en tanto esta sensibilidad permite generar lazos de empatía, posibilita la interpretación de comportamientos y fomenta la comunicación precisa, para reducir la probabilidad de malentendidos y conflictos entre unos y otros (Galtung, 1996). De esta manera, la humanización contribuye también a ese proceso de sensibilidad cultural para la atención en salud.

No obstante, en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, se han presentado casos de atención deshumanizante que han dado lugar a múltiples quejas por parte de la comunidad acerca del trato, la atención y el servicio que reciben de la Misión Médica, pero también por las inconformidades de parte de los integrantes de la Misión frente a la actitud agresiva con la que muchos de los pacientes se acercan al centro de salud. La deshumanización, forma parte de un proceso de transformación moral en contextos de violencia, que permite desligarse moralmente de las consecuencias de los actos, facilitado la agresión, el maltrato y la violencia (Bilewicz & Vollhardt, 2012). Extrapolando este análisis al de la atención en salud en el municipio de el Bajo Cauca, en Antioquia, en donde suele ocurrir un trato

deshumanizado desde todas las partes involucradas en la atención en salud, ello facilita las agresiones contra la Misión Médica en el contexto municipal. Entonces, esta situación en la atención en salud, plantea un reto crucial de humanización bidireccional para la comunidad del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, en el que cada actor comprenda e interiorice que la calidad de la atención en salud debe estar mediada por el respeto, la empatía, la tolerancia y el reconocimiento del otro, teniendo en cuenta que, de lo contrario, se genera un ciclo vicioso en el que una mala calidad en la atención afecta la prestación del servicio de salud y genera inconformidad y estrés, no solo en el paciente sino también en sus familiares o acompañantes Casallas et al. (2022), facilitando percepciones deshumanizantes y agresiones, aumentando con esto el riesgo para el personal de la Misión. Esta situación se evidencia en el relato de MM4:

Yo pienso que la misión médica, no toda hace bien su trabajo. ¿Por qué? Porque hay personas que, como te digo, no lo hacen por vocación. Entonces, digamos un médico. Un médico, si no ama lo que hace, no va a hacer bien su trabajo, porque no va a dar la misma calidad de atención. Lo mismo pasa con las auxiliares (...) Que hagas tu trabajo porque te nace. Entonces, hay veces que por uno lo pagamos todos, de pronto por una mala atención de cualquier otra persona o de una persona del sector salud, que no haga las cosas bien, pone en riesgo al personal (Testimonio MM4, 2023).

Sin embargo, la Misión Médica establece que el ciclo comienza dentro de la Misión y que el desafío para el personal de salud consiste en “(...) Ponerme siempre en los zapatos de los demás, porque la gente de pronto tiene la necesidad de una buena atención. Entonces, como que humanizar la parte ética” (Testimonio MM4, 2023). Esta afirmación, se resume en brindarle a la población un servicio basado en la ayuda y colaboración, que posibilite la confianza y disminuya, de esa manera, las tensiones alrededor de la Misión. En esa línea,

MM3 postula que es fundamental que la comunidad reconozca que la Misión Médica está compuesta, entre otras, por el personal de salud y que ellos, al igual que todos, “nosotros somos seres humanos. Nosotros tenemos un corazón, tenemos una mente, y para poder prestar servicios de salud, necesitamos tener una estabilidad emocional y tener la facultad sobre nuestros sentidos” (Testimonio MM1, 2023). Entender sobre cómo y de quién está compuesta la Misión Médica, entre otros temas, se encuentra asociado con el conocimiento que tiene la población acerca de la Misión Médica y para abordar este tema es necesario comenzar por analizar cuáles son las percepciones que tienen los participantes acerca del emblema de Misión Médica, que es la forma en como la población la identifica en el territorio

Sobre este emblema de Misión Médica, es claro que la Misión Médica ha tenido entrenamiento y capacitación frente a la Resolución 4481 de 2012 (en donde se visualiza y explica el emblema de la Misión) pues, de acuerdo con todas las narraciones de los integrantes de la Misión, el emblema de Misión Médica es una identificación que los provee de respaldo y reconocimiento comunitario y que además minimiza los riesgos porque los identifica como agentes neutrales e imparciales frente al contexto de conflicto del municipio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). En relación con ello, para la Misión Médica el emblema es la representación del protocolo que deben cumplir y que contribuye al fortalecimiento del respeto y a la minimización del riesgo en el territorio. Sin embargo, existe cierta ambigüedad para el personal de la Misión alrededor del emblema, pues si bien les provee respaldo y protección porque visibiliza su labor de provisión de servicios de salud ante la comunidad, también incrementa su vulnerabilidad frente a los distintos grupos armados organizados que hacen presencia en el municipio. Más aún cuando, según lo reportado por los participantes, los actuales grupos armados no tienen conocimiento sobre

DIH ni Misión Médica. De ser cierto esto, el emblema posibilita las acciones violentas contra la Misión porque identifica a sus integrantes, tal como relata MM4:

Ese emblema te hace más visible. O sea, te reconoce como tal [*Misión Médica*]. Entonces, tenemos a favor y en contra ese logo o ese emblema de Misión Médica. Porque, aunque nosotros sabemos que de pronto con eso nos estamos... ¿cómo te digo? ¿Salvaguardando? También es algo en contra porque nos estamos mostrando. Entonces, es una ventaja y una desventaja desde muchos puntos en la zona en que estamos (Testimonio MM4, 2023).

Por tanto, en todos los relatos de la Misión Médica es clara una afirmación que evidencia esta ambivalencia y es que “el emblema protector de la Misión Médica no es un chaleco antibalas” (Testimonio MM2, 2023) y que el personal está expuesto también a cualquier situación de riesgo originada por los grupos armados. Por ejemplo, MM4 narra su experiencia “entonces, me sacaron de mi casa, tenían [*un grupo armado*] siete pacientes con malaria en muy malas condiciones. Estuve dos días. Porque, qué pasa, en el casco urbano, acá no te preguntan, ¿tú quieres ir? Acá simplemente... te sacan. Empaque y vámonos (Testimonio MM4, 2023).

Esta ambivalencia frente al emblema de la Misión también se detecta en la percepción que tiene la población civil, puesto que además del apoyo y respaldo con el que lo conciben, paralelamente reconocen en el emblema “vulnerabilidad, por lo que ha pasado” (Testimonio PC1, 2023) es decir, las diversas las situaciones de violencia, agresión e infracción contra la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia. De hecho, MM1 reconoce en el color rojo del emblema de Misión Médica la sangre derramada en todas las infracciones y agresiones a la Misión Médica, en particular, recuerda:

Un atentado que hubo en la vía de [un corregimiento del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia], donde a pesar de que iba la bandera ondeando gigante, de Misión Médica, detuvieron el vehículo para asesinar a una mujer que simplemente era la cónyuge de alguien que se había entregado al adversario. Y la sangre que ella derramó en ese carro y el impacto mental que tuvo sobre el personal de salud, la Misión Médica que venía con ella, y ver los impactos de bala en las sillas del carro, la sangre. O sea, me genera como, sin sabor (Testimonio MM1, 2023).

Esta evidencia apunta a un aspecto clave para entender el desarrollo de las tensiones en el municipio: la visibilización, entendida en tres sentidos, como: el primero, tiene que ver con que todos los actores del municipio (comunidad, grupos armados, instituciones y Misión Médica) conozcan sobre la Misión Médica: cuál es su labor en el territorio, cómo está compuesta, cuál es la normatividad que la protege, etc., lo cual se puede resumir en un proceso de educación. El segundo, está relacionado con que la población (no solo local sino también nacional) esté enterada sobre las agresiones, infracciones y condiciones laborales a las que se enfrenta la Misión en el territorio; lo cual constituye un proceso de información. El tercero, se relaciona con mostrar lo “bonito” del territorio, que, para los oriundos del municipio, es imperativo si se quiere reconfigurar la percepción que se tiene sobre el mismo para poder contrarrestar el *estigma* que se construyó y que recae sobre el mismo, para crear un proceso de resignificación. Esta visibilización se concibe en tres sentidos:

En el primer sentido, la visibilización tiene que ver con el proceso de educación entorno al emblema, que:

Identifica de manera visible los bienes, instalaciones, instituciones, transporte terrestre, aéreo, fluvial y marítimo, equipos y materiales necesarios para llevar a cabo las

actividades propias de la prestación de servicios de salud y el personal de salud y otras disciplinas que ejercen funciones sanitarias en el marco de la misión humanitaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p.21).

De ese modo, si la población reconoce y entiende que, si una persona, un medio de transporte o una instalación contiene o porta el emblema de Misión Médica, esto significa que se “garantiza la asistencia y protección humanitaria a todos los heridos, enfermos y náufragos y a la población civil más vulnerable” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p.21) y que “no se hará entre ellos distinción alguna que no esté basada en criterios médicos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, p.21). Así, el emblema facilita la labor de la Misión Médica y además provee al personal de salud de mayor seguridad y protección por parte de la comunidad, teniendo en cuenta que las personas tendrán mayor consciencia sobre la importancia vital de la Misión y sus principios de neutralidad en el ejercicio de su profesión.

Sobre el segundo sentido, la visibilización relacionada con el proceso de información sobre las distintas condiciones de vulnerabilidad que afronta la Misión Médica, llama la atención de los gobiernos local y nacional ante las diversas situaciones de infracción, agresión y escenarios laborales de los trabajadores de la salud en el municipio, por medio de mecanismos como la Mesa Municipal de Misión Médica, para la no repetición de acciones violentas, disminución de riesgos e imprudencias, el mejoramiento de condiciones y el desarrollo de la sensibilidad cultural entre todos los actores municipales, para disminuir las tensiones alrededor de la Misión Médica. Este proceso de información es una herramienta de retención y protección del talento humano que busca, también, la superación del *estigma* en torno al municipio y la disminución de tensiones contra la Misión.

En lo que respecta al tercer sentido, la visibilización de los aspectos positivos no solo del contexto municipal sino también de la Misión Médica municipal, que constituye un proceso de resignificación, para contrarrestar el *estigma* favoreciendo la construcción de una imagen positiva e incentivar así la llegada de nuevo personal al municipio, lo cual se alinea con lo que plantea sobre la resignificación como un proceso de emancipación que trata de “hacer posible una interpretación diferente, alternativa, de cualquier fenómeno de la esfera social.” De hecho, sobre la resignificación, PC2 menciona su experiencia:

Es que algo que tienen las enfermeras aquí, como todas son oriundas del municipio, porque no llega nadie de afuera, por miedo, todas son del territorio, entonces, lo tratan a uno mucho mejor, lo reciben a uno con calidez, le buscan soluciones a uno a todo (Testimonio PC2, 2023).

A partir de la evidencia presentada, se postula que la visibilización, de manera general, que constituye los procesos de educación, información y resignificación, se puede lograr por medio de un proceso permanente de pedagogía a la comunidad municipal, que involucre a la población civil, integrantes de la Misión Médica tanto locales como foráneos, fuerza pública, autoridades e instituciones públicas. De acuerdo con el relato de MM3:

Esa educación [*sobre Misión Médica*] no es solamente hablar de manera magistral o con ejemplos, con juegos, con algo que la comunidad asimile. Asimile en el sentido de que entiende y comprende el tema, sino también estar teniendo el apoyo por parte de medios de radiodifusión ya sea radio o televisión, ya sea por afiche, por carteles, en fin. Y digamos así, entre comillas, inundar toda la población con temas alusivos a la misión médica. Porque es la única manera que tenemos para lograr alcanzar ese objetivo de que la población respete al uno y los funcionarios respeten al otro. Es la única la única forma (Testimonio MM3, 2023).

Cuando la población conoce sobre Misión Médica, es posible disminuir los riesgos y las tensiones que existen en el territorio frente a la misma. La pedagogía debe entrenar a las personas sobre lo estipulado en el Manual de Misión Médica, en relación con que la:

Misión Médica va más allá de esas dos palabras, trasciende más allá del significado de que no solamente el personal de salud es Misión Médica. Es todo con lo cual nosotros contamos, con la infraestructura con la cual contamos y que no todo depende de nosotros (Testimonio MM1, 2023)

En ese sentido, la pedagogía debe enseñar sobre el protocolo y las indicaciones que debe seguir la Misión al prestar los servicios en el territorio y enseñarle a la comunidad sobre el marco normativo que protege a la Misión Médica en un contexto de *calentura* como el del municipio, para lograr de una manera más directa su respaldo. En esta tarea, el papel de la CICR ha sido crucial, de acuerdo con la narración de todos los participantes de la Misión, para articular a todos los actores del contexto municipal con la Misión a través de distintas herramientas de capacitación, lo cual corrobora el relato de MM3:

CICR, con ellos, se tiene un trabajo muy, muy bueno con todo lo que son juntas de acciones comunales y corregimientos, donde se da la concertación de la importancia de la garantía de prestación de los servicios en cualquiera de estos hechos. Que sea la comunidad la que se apropie de la atención o de los servicios que va a prestar cualquiera de estas instituciones en el área para cubrir su protección, digámoslo así en su momento. Ha sido muy importante, y el papel que juega que es fundamental para que nosotros [*Misión Médica*] podamos llegar a estas áreas rurales, rural dispersas y corregimientos. Y eso que, sin ellos, pues no había ninguna garantía para entrar (Testimonio, MM3, 2023).

Por otro lado, desde la Misión Médica se plantea que es fundamental educar y capacitar no solamente al personal de salud local sino también al foráneo que eventualmente llegará al municipio a cumplir con el Servicio Social Obligatorio porque, de acuerdo con lo revisado en la sección anterior, existen tensiones sobre la Misión Médica que son explicadas por el contexto del municipio y que, al desarrollar una mayor sensibilidad cultural con respecto a este, los médicos rurales van a tener mayor claridad y prudencia sobre lo que deben y no deben hacer ya que “a veces las infracciones no son infracciones, sino también que son imprudencias. Y cuando tú no conoces el contexto, pues realmente estás condenado a cometer una acción que pueda poner en riesgo tu vida” (Testimonio MM1, 2023) y un ejemplo de ello lo relata PC2, refiriéndose a las situaciones en las que diferentes grupos armados se llevan a integrantes de la Misión Médica para atender a sus heridos:

Los médicos que no saben, que no los ponen en contexto, se niegan, claro, es que estoy en mi turno, es que es cómo voy a salir. Y esa negativa ocasiona de que sean objetivos militares, es decir, busquen la manera de eliminarlos (Testimonio PC2, 2023).

Sin embargo, de acuerdo con el relato de MM2, en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, la visibilización, y los procesos de educación, información y resignificación, se han visto truncados por la falta de compromiso de las autoridades sanitarias con el tema, como queda registrado en la siguiente narración: “pero por parte de las autoridades de salud, ha sido un poco difícil con ellos, puesto que no ha habido, no hemos encontrado esa respuesta de compromiso para poder llegar por medio de ellos en forma adecuada a la comunidad” (Testimonio MM2, 2023). Esa falta de compromiso permite entender, entonces, el desarrollo y la persistencia de diversas tensiones alrededor de la Misión Médica, pues en el contexto

municipal, el desconocimiento es irrespeto, y ese irrespeto es el que lleva en muchas ocasiones, a las agresiones e infracciones registradas.

Por otro lado, es necesario analizar también la premisa de “un atentado contra la Misión Médica es un atentado contra usted” (autor desconocido) (Sánchez, 2019, parr.5). Esta premisa pretende revelar a la población que cualquier afectación que se genere contra la Misión Médica perturba también a cada una de las personas que habitan el territorio, por varias razones que ocurren en cadena. En primer lugar, se refuerza la estigmatización del municipio en lo relacionado a la *calentura*, pues cuando ocurre alguna infracción o agresión a la Misión Médica en el territorio, se genera una huida del personal de salud local hacia otras partes del departamento o del país y con esa huida, se incrementa el temor y la duda por parte de la Misión Médica para retornar o llegar por primera vez al municipio. En consecuencia, se afecta de manera directa la prestación de los servicios de salud porque el municipio se queda sin personal capacitado para llevar a cabo una atención médica. Esta situación, deja en desamparo a los heridos o enfermos del municipio, quienes no reciben de manera oportuna el servicio y pueden ver amenazada su vida o integridad, tal como relata MM1 “cuando asesinas a un médico, independientemente de qué fue lo que pasó, le haces un daño brutal a la comunidad y estigmatizas a un pueblo que, como te comenté, ya venía estigmatizado (Testimonio MM1, 2023).

De hecho, “un ataque contra la misión médica es un ataque contra usted” fue el lema a partir del cual se cerró el hospital tras la infracción del 2019, de acuerdo con la narración de MM1 “la consigna bajo la cual nosotros cerramos el hospital fue un ataque a la Misión Médica, es un ataque contra usted... los que asesinaron al médico, prácticamente dejaron a la comunidad sin un servicio de salud” (Testimonio MM1, 2023). En este sentido, luego de

la infracción ocurrida, el sistema de salud no solo municipal sino también departamental colapsó cuando los médicos salieron del municipio por temor, como complementa MM1 en su intervención: “eran más de 60.000 usuarios que se quedaban sin atención y obviamente la clínica no iba a poder responder. Al hospital cerrarse, pues obviamente el segundo nivel se colapsó, se colapsó toda la red de Antioquia” (Testimonio MM1, 2023). En ese sentido “quitarle la salud a esta gente que ha sido golpeada por la violencia es volverlos a revictimizar” (Testimonio MM1, 2023), lo cual también se evidencia en lo reportado en diversos medios de comunicación:

El asesinato [*del doctor*] fue también un ataque contra todos los habitantes del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia. Los grupos armados los dejaron sin muchas opciones de servicios de salud: “Nadie quiere hablar del tema”, asegura la misma fuente, “lo que se vive es una tensa calma” (Sánchez, 2019, parr.7).

Asimismo, sobre esta premisa la comunidad del municipio del Bajo Cauca en Antioquia ha rechazado los actos de violencia contra la Misión y les ha proveído su apoyo y protección para que pudieran ejercer con libertad y tranquilidad su labor en el territorio. De acuerdo con el testimonio de PC2 sobre lo ocurrido tras la infracción del 2019, “eso fue impresionante (...) Yo creo que las calles del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia quedaron poquitas. Eso fue mucha, mucha manifestación de protesta.” (Testimonio PC2, 2023).

Sin embargo, de acuerdo con las mismas narraciones de los integrantes de la Misión Médica, este apoyo y protección comunitaria no es continua ni permanente y a la comunidad se le ha ido olvidando con el tiempo cuidar al personal de salud, como relata PC2 “pero sí se notó durante dos años que ya este año como que la gente se le fue olvidando. Se le ha ido

como olvidando el hecho de que a la Misión Médica hay que protegerla” (Testimonio PC2, 2023). Sobre este paulatino olvido radica uno de los argumentos fundamentales acerca de la implementación del proceso de visibilización sobre Misión Médica revisados previamente.

Por otro lado, la relación de la Misión Médica, las autoridades locales y la fuerza pública se ha basado también, de acuerdo con las narraciones de algunos participantes de la Misión, en el desconocimiento del DIH y la normatividad nacional acerca de Misión Médica con dos consecuencias: la primera, es que falte voluntad, disposición y compromiso para llegar desde la institucionalidad hasta la comunidad en lo relacionado a educación, capacitación y pedagogía sobre Misión Médica, buscando una trascendencia gubernamental entre administraciones municipales. Esta trascendencia gubernamental es fundamental, teniendo en cuenta que la Misión Médica depende también de la efectividad de las políticas gubernamentales en materia de inversión en salud y disminución de corrupción, como dice MM1:

Entonces, es ahí donde tú comprendes que hay cosas que no dependen solo del médico y del personal de salud, sino también de las políticas administrativas de gobierno, gobierno nacional, gobierno departamental y gobierno municipal (...) donde la corrupción no debe permear los servicios de salud, porque al final los que se enfrentan a toda esta situación son la Misión Médica (Testimonio MM1, 2023).

La segunda consecuencia tiene que ver con que, de acuerdo con la experiencia de varios integrantes de la Misión Médica, la fuerza pública, siendo uno de los actores principales del conflicto en el territorio (Ardila, 2022), comete errores en su forma de proceder que han generado tensiones contra la Misión Médica. Estos errores han ocurrido como consecuencia del desconocimiento de los principios de imparcialidad y neutralidad que

protegen a la Misión Médica y que están consignados en la normativa nacional e internacional. Una situación que ejemplifica este desconocimiento la narra MM1:

Entonces, ellos [*el Ejército*] solicitaban al hospital que se articularan para hacer visita en algunas zonas rurales o en algunas zonas periféricas del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia. Para hacer atenciones en salud, asistencia en salud, algo que se llame como "El Ejército en tu comunidad". Entonces, en medio de un contexto social como el del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, donde hay cuatro grupos, tres grupos de actores armados y está el Ejército y está la Policía. ¿Cómo nos van a involucrar a nosotros, que somos el ente neutral que podemos atender hoy al ejército, mañana la policía, pasado a la FARC, pasado a la ELN, pasado a las autodefensas, mañana al campesino, X o Y? (Testimonio MM1, 2023).

Por último, la relación de la Misión Médica con los grupos armados ha sido de constante tensión, gracias en parte al desconocimiento sobre Misión Médica que tienen hoy por hoy los grupos que disputan el territorio, pero también consecuencia del qué hacer de la labor médica. Es decir, cuando hay atención o manipulación de los pacientes que tienen alguna relación con un grupo armado o con un integrante de un grupo enemigo, se genera un riesgo para quien lo atiende. En dado caso que esa persona llegue o no a tener alguna complicación médica, pues puede afectar la estructura – y en cierto sentido el poder- de cierto grupo armado, lo cual, tiene consecuencias sobre ese y los demás grupos presentes en el territorio. Por ejemplo, MM4 menciona una de sus experiencias con los grupos armados:

Me pusieron literalmente la pistola en la cabeza y decían Ustedes no los quisieron sacar, ustedes los dejaron morir y ustedes también se van a morir (...) Entonces, yo decía, si mataron al doctor (...), que no tuvo que ver con nada de los pacientes, que no los manipuló, no tuvo nada que ver, qué se espera para nosotros que los manipulamos, que fuimos las que estuvimos ahí al frente y nos van a matar (Testimonio MM4, 2023).

Asimismo, de acuerdo con el relato de la Misión Médica, los grupos armados generan presiones sobre los integrantes de la Misión para que se les brinde atención en salud a sus integrantes, fuera del centro de salud y fuera de los turnos laborales de los trabajadores, lo cual amenaza e intimida a todos aquellos que se nieguen a prestar la atención solicitada, como se había mencionado antes. De hecho, MM4 también experimentó en primera persona esta situación:

En el 2014 fue la primera vez donde me sacaron del puesto de salud. Un grupo armado. Me llevaron, hubo un combate, hubieron [SIC] heridos. Fue un 23 de diciembre, exactamente, nunca se me olvida esa fecha, me sacaron del puesto de salud y regresé nuevamente el 25 de diciembre (Testimonio MM4, 2023).

Estas amenazas e intimidaciones, entre otras expresiones de violencia, constituyen un proceso histórico de violencia contra la Misión Médica en el municipio, en el que tanto civiles como integrantes de la Misión coinciden en postular, por ejemplo, que las formas de violencia para amedrentar a la Misión Médica, provenientes de los grupos armados han sido diversas: asesinatos, amenazas, secuestros, etc. Por ejemplo, los oriundos del municipio recuerdan que en el pasado existió también un caso de asesinato contra un integrante de la Misión Médica cuando miembros de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) (Latorre & Tamayo, 2017) balearon al médico y director del hospital municipal del momento (del cual no se menciona su nombre propio, para salvaguardar la anonimización del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia), pues, según el relato de PC2, denunció la situación del municipio:

Entonces, desde más o menos 1999, que mataron como el primer médico, (...), ese médico denunció y dijo "pero es que en el municipio del Bajo Cauca Antioqueño ya estamos grandes, necesitamos es un hospital" y teníamos un centro de salud en malas condiciones. Y

él decía "si los delincuentes no vienen a amenazar aquí con armas, a decir que les tenemos que dar la plata, el municipio hace un hospital con recursos propios" (...) Eso era el municipio del Bajo Cauca Antioqueño. Al médico lo matan (...), porque él comienza a denunciar eso. Él decía, no puedo entrar a mi oficina, no puedo entrar a la casa. Ya cuando llego a la casa me están esperando. Si voy al banco a buscar los recursos para pagarle a los empleados y comprar las cosas de insumo del hospital, ya me dicen, no, solamente la mitad o solamente utilice esto y deme el resto. Él comenzó a denunciar y por eso lo matan (Testimonio PC2, 2023).

Lo cual es consistente con lo que registraron Latorre & Tamayo (2017) sobre los móviles del asesinato del médico:

El Médico (...), quién fuera asesinado cuando era director del Hospital del Municipio del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia el 1 de junio de 2001, cuando miembros de grupos paramilitares lo abalearon en la heladería Ocasiones 2000 como retaliación por no prestarse a colaborar con las AUC, de una parte por no participar en un paro promovido por ese grupo ilegal que afectaba a los usuarios de la salud, por no incluir en la nómina del hospital a miembros de las AUC, y otro tipo de extorsiones que este ciudadano no podía aceptar, son estos antecedentes lo que hicieron que se diera la orden ilegal de asesinarlo por parte de los comandantes de las AUC que operaban en esa zona entre ellos alias MACACO y alias J.J. (Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo, 2007, citado en Latorre & Tamayo, 2017, p.42).

Asimismo, MM4 también narra su experiencia personal cuando en tres ocasiones diferentes (2014, 2016 y 2021) vio comprometida su vida por ejercer sus labores de prestación de servicios de salud y, por su parte, MM1 recuerda en su relato que, a su llegada al municipio, las enfermeras del centro de salud abandonaron su puesto de trabajo por una situación de violencia que había ocurrido en ese momento contra la Misión.

En este sentido, la multiplicidad de agresiones e infracciones contra la Misión Médica ha constituido un ciclo de violencia producto de diversas tensiones alrededor de la Misión, de parte de diferentes actores de la realidad sociopolítica del municipio. Sobre ello, es cierto que se han tomado medidas para hacerle frente a esa violencia y que, en la actualidad, de acuerdo con la narración de MM4 “las cosas han mejorado. Han mejorado porque, prácticamente, aunque nos llegan actores armados, no nos llegan de pronto a decir venga, vámonos. No decimos que con esto no va a pasar, porque en cualquier momento va a volver a pasar” (Testimonio MM4, 2023).

En síntesis, sobre los hallazgos acerca de las fuentes de tensión entre la Misión Médica y los demás actores de la realidad sociopolítica del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, sugieren que existe una dualidad entre el deber ser y la realidad de la Misión Médica en el territorio, y que esta dualidad ha generado algunas tensiones alrededor de la Misión Médica, que se revisaron previamente. Sobre el deber ser versa que todos los actores entiendan el Manual de Misión Médica, así como la normatividad nacional e internacional, y los protocolos para la atención en salud en contextos de conflicto, buscando generalizar el conocimiento acerca de Misión Médica y la imperiosa necesidad de protegerla en el contexto de *calentura* del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia. De hecho, ese escenario hipotético del “deber ser”, está caracterizado también porque los miembros de Misión Médica se capaciten y concienticen sobre ese contexto municipal, buscando desarrollar, de esa manera, una sensibilidad cultural que les permita fomentar una comunicación y una atención precisa, empática y de calidad, para que disminuya el resentimiento en su contra. No obstante, en este apartado se evidenció que la realidad difiere de ese escenario del “deber ser” y lo que se observa, en cambio, es un desconocimiento generalizado no solo en lo relacionado con

Misión Médica, protocolos y lineamientos para su actuar, sino también en lo relacionado a porqué es deber de toda la población cuidarla en contextos de conflicto.

Ese desconocimiento, en últimas, es una fuente de tensión porque incrementa la probabilidad de que se desencadenen hechos de violencia, agresiones e infracciones a la Misión Médica. Por un lado, no hay claridad, por parte de la Misión Médica, sobre los protocolos y comportamientos seguros, facilitando así la comisión de imprudencias en la atención en salud. Por otro lado, la población no es consciente de que cuando se violenta a la Misión Médica, se está afectando también a la comunidad, porque se afecta la prestación de los servicios de salud.

Otro hallazgo de la investigación es la importancia de la humanización bidireccional, teniendo en cuenta que cuando hay tratos deshumanizantes por parte de la Misión Médica o por parte de los usuarios del sistema de salud, se posibilitan y facilitan las agresiones en contra de la Misión Médica y se genera, por tanto, una tensión hacia la Misión Médica y un ciclo vicioso de violencia.

Adicionalmente, sobre el emblema de Misión Médica, los hallazgos tienen que ver con que este es un símbolo que representa ambigüedad para la Misión Médica, pues si bien, y de acuerdo con lo establecido en el Manual de Misión Médica, les provee respaldo para ejercer su labor en el territorio, también podría incrementar su vulnerabilidad ante los grupos armados por la rápida identificación de sus miembros por parte de estos grupos. En ese sentido, y como se explicó anteriormente, los grupos armados actuales no conocen sobre la Misión Médica, el emblema podría también significar vulnerabilidad frente a los miembros de la Misión Médica, pues los hace visibles ante los grupos armados. Para hacerle frente a

este desconocimiento, otro hallazgo es la importancia de la visibilización que va en tres vías: los procesos de educación, información y resignificación.

La neutralidad percibida de la Misión Médica: confianza y seguridad

Para indagar acerca de los sentimientos de confianza y seguridad alrededor de la labor y figura de la Misión Médica, en esta última sección se analiza la percepción de los participantes frente a la neutralidad de la misma. Para comenzar, en relación con la confianza en torno a la Misión Médica, es claro hasta este punto que de parte de la población civil existe ya un problema de confianza en el sistema de salud, como consecuencia del olvido histórico y las falencias del sistema. Estas, en conjunto, han provocado baja calidad en el servicio, falta de personalización y tratos deshumanizantes, así como una carencia de condiciones básicas y dignas en la atención a los usuarios. De lo anterior, es evidencia el relato de PC2:

Una apreciación personal, y es que acá no se confía, pero es por el mismo sistema de salud del país. Porque es que una persona la llevan y si tiene dengue y si el otro tiene un resfriado y si el otro tiene paludismo, salen todos del hospital con la misma fórmula médica, donde les mandan acetaminofén, cualquier analgésico y de ahí los remiten a hacer el examen y tienen que irse a Medellín o a Montería a una atención, pues como debe ser. Entonces, es como ¿para qué voy a ir al médico? ¿Para qué voy al hospital aquí si me van a mandar lo mismo? Entonces, es como desconfianza (Testimonio PC2, 2023).

No obstante, los participantes que hacen parte de la población civil han podido crear lazos de confianza con la Misión Médica, teniendo en cuenta que, para las comunidades, la labor de la Misión Médica custodia a los locales al brindar apoyo y servicios de salud, conforme al relato de MM4, cuando se refiere a la relación que existe entre la Misión Médica y la población:

Entonces, otro aspecto, de pronto, el reconocimiento de una comunidad. Porque es muy bonito cuando llegamos a la vereda y, o sea, los niños se te acercan y te dicen doctora. O sea, para ellos ese emblema, es que todo lo que ven con esa cruz es un médico, es un doctor. Alguien que los va a ayudar. Entonces, es bonito del respaldo de una comunidad y de ver de pronto la necesidad que tienen las comunidades por esa salud, por esa atención (Testimonio MM4, 2023).

Estos lazos de confianza son producto de la implementación de códigos de comportamiento por parte de los integrantes de la Misión, los cuales se rigen normativamente mediante el cumplimiento y respeto de los diversos protocolos, tanto internacionales como nacionales, que, en últimas, protegen y dignifican la imagen institucional. En ese sentido, MM1 narra que:

Por eso, lo más difícil de trabajar en Misión Médica es el comportamiento de nosotros. O sea, es el comportamiento de mis compañeros, es la imagen institucional, porque es que ya el trabajo lo está haciendo la normatividad, lo está haciendo el CICR, diciendo la Misión Médica debe ser respetada, la Misión Médica debe ser valorada, la Misión Médica no debe tener obstáculos para trabajar, o sea, todo eso lo dice. Pero si nosotros estamos dando un mal ejemplo, es obvio que no vamos a ir en la misma línea de lo que la gente... de la imagen que la gente está percibiendo de nosotros (Testimonio MM1, 2023).

Por su parte, la percepción de los integrantes de la Misión Médica es crítica en lo relacionado a la confianza que atribuye a los diversos actores del territorio (comunidad, actores armados, instituciones) por varias experiencias que en el pasado han afectado la neutralidad e imparcialidad de su labor. Por ejemplo, MM1 relata que cuando la Misión Médica es permeada por la política, se pierden los principios de neutralidad e imparcialidad porque se priorizan ciertos pacientes sobre otros, a partir de motivaciones personales,

sociales, económicas y/o políticas de ciertos candidatos o mandatarios de turno, lo cual posibilita un favorecimiento en la prestación de los servicios de salud de unas personas frente a otras y permite relacionar a la Misión Médica con cierta ideología, partido o candidato político. Esta situación es contraria a lo que establece Plattner (1996) sobre la neutralidad, la cual considera como el “deber de abstenerse de todo acto que, en cualquier situación conflictiva, pueda interpretarse como a favor de los intereses de una de las partes en conflicto o en detrimento de los intereses de la otra” (Plattner, 1996, p.177). Sobre esto, MM1 postula que:

Sí, se pierde la neutralidad, la imparcialidad, cuando tú como personal de salud priorizas al hijo de X político o a la mujer de X mandatario por encima del campesino o por encima de la persona que realmente está necesitando la atención inmediatamente (...) Cuando vamos a una jornada de salud y tú tienes decidido hacerla en una población, de pronto que no hay servicios de agua potable, de pronto no hay fluido eléctrico. Pero resulta de que X político dijo que no fueran allá, que más bien fueran a otra vereda, que está en mejores condiciones, solo porque ahí tienen un compromiso que tienen que cumplir. Entonces ahí estamos perdiendo neutralidad e imparcialidad, porque estamos favoreciendo. Y se está sacando partida de lo que se está haciendo (Testimonio MM1, 2024).

En línea con ello, MM1 también recuerda una situación que se presentó con el Ejército Nacional en una de las brigadas extramurales que desarrolla la Misión Médica, cuando la Misión llevó los servicios de salud a los corregimientos y veredas del municipio acompañada de algunas tropas del Ejército. Esto, de acuerdo con el relato, generó dudas en la población con respecto a una posible colaboración o alianza de la Misión Médica con la Fuerza Pública, rompiendo la confianza de la comunidad, porque se transmitió un mensaje

de parcialidad en la atención en salud a favor del Ejército, debido a su compañía en la brigada, en línea con la narración de MM1:

Entonces, hicieron esa actividad y yo hice el acompañamiento y me puse a pensar ¿cómo va a llegar una persona a esta vereda que sea actor armado si yo estoy rodeada de soldados (...) Y yo ver la gente cohibida de que no quería participar porque simplemente era el Ejército (...) Y si yo estoy con ellos, me voy a pintar de que les estoy colaborando. Es más, ¿cómo me certifica usted que usted no está siendo utilizada para ellos hacer inteligencia en esta vereda? (...) Porque al final terminamos siendo un convoy. Ellos van delante, nosotros vamos en la mitad y ellos van al final. Si los atacan a ellos, nos atacan a nosotros. Y el mensaje que le estamos pasando a la comunidad es que nosotros atendemos a todo el mundo por igual, pero si nos ven llegar con ellos, estamos trabajando para el Ejército (Testimonio MM1, 2023).

La percepción de confianza de los miembros de la Misión Médica por otra parte parece estar relacionada de manera importante con las garantías mínimas que deben existir en el territorio para la prestación de los servicios de salud de manera óptima y segura. Sobre esas garantías es primordial, en primer lugar, que la comunidad conozca quiénes son las personas integrantes de la Misión Médica, y sobre ello, es fundamental nuevamente el tema de la visibilización, en lo relacionado con los procesos de educación, información y resignificación, así como también la identificación de la Misión Médica a través del uso y porte del emblema institucional, lo cual, de acuerdo con lo mencionado previamente, es crucial porque el emblema constituye una identificación social, que le da a los miembros de la Misión un reconocimiento en el territorio y que los provee de garantías de seguridad porque los identifica como neutrales e imparciales ante el conflicto y por tanto, minimiza el riesgo de agresiones e infracciones. De acuerdo con el relato de MM1:

Entonces, digamos que cuando tú te educas, lees sobre el contexto, sobre todo lo que te está aportando el comportamiento seguro, sobre lo que te expliqué de neutralidad e imparcialidad, tú minimizas el riesgo, pero no lo vas a desaparecer, porque hay factores externos que no van a depender de ti (Testimonio MM1, 2023).

Otro aspecto que menciona MM3, es que la concertación con las comunidades es también crucial para proveer garantías a la Misión Médica:

Sí, vamos al área rural, al área rural dispersa, cumpliendo todos los protocolos de Misión Médica. Teniendo, pues la prudencia, la identificación, la concertación con la comunidad y con las juntas de acciones comunales, a fin de que podamos tener al menos una garantía a la hora de ir a prestar servicios en cualquiera de estos corregimientos o veredas o áreas rurales dispersas (Testimonio MM3, 2023).

Sin embargo, los participantes miembros de la MM1 son conscientes en que siempre van a existir riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud, pero, al cumplir con la normatividad nacional e internacional, al conocer sobre el DIH y al ejercer su labor de manera neutral, es posible minimizarlos:

Y les digo, o sea, garantías no va a haber. Y no te pueden decir que a ti no te va a pasar nada. Te prometo que es 100% seguro que tú vienes al municipio del Bajo Cauca, en Antioquia y no te va a pasar nada. No, porque ni siquiera el comandante de la Policía o el mayor del Ejército te lo va a asegurar (...) Y cuando hablo que no te vaya a pasar nada es que no te pueda alcanzar un petardo, que no puedas quedar en medio de un paro minero, que no puedas quedar en medio de una inundación, que no te puedas quedar varado en una zona de alto riesgo, que no se te pueda presentar un grupo y te llame y te diga, usted no sabe quién soy yo, que no te puedan obligar a llevarte de pronto a una zona alejada a ver heridos o a atender enfermos. O sea, todo lo que ya hemos vivido se puede repetir, pero yo sí te puedo

decir que, después de todo lo que pasó, podemos tener mucha más prudencia y minimizar esos riesgos para que no ocurra (Testimonio MM3, 2023).

Por último, la Misión Médica también establece que las garantías para su ejercicio están estrechamente relacionadas con el desarrollo y la inversión social que existe en el municipio, lo cual, a su vez, constituye lo que previamente se mencionó como de deuda histórica. En ese sentido, MM1 indica que:

Entonces, cuando un pueblo se desarrolla, también la Misión Médica se beneficia. Cuando tenemos una mejor infraestructura en salud, la Misión Médica se beneficia. Cuando hay carreteras, cuando hay Internet, cuando hay mejores escuelas, la Misión Médica se beneficia. Entonces, esas son garantías para la Misión Médica. Y, por último, nosotros no somos algo aislado. Cuando hacemos parte de un todo y ese todo entienda, que salud o educación es una sola cosa y que no pueden ir por su lado, cuando infraestructura, alcantarillado, acueducto, vías, políticas públicas, hacen parte de la Misión Médica, ahí vamos a mejorar muchísimas cosas (Testimonio MM1, 2023).

Lo anterior no dista de lo que perciben los participantes sobre seguridad. Para todos los integrantes de la Misión Médica, es claro que las brigadas médicas deben diferenciarse de las brigadas políticas, para mantener el principio de neutralidad e imparcialidad en su ejercicio médico, disminuir riesgos y propender por su seguridad. Esto, es mencionado por MM4, a partir de una experiencia que tuvo en campo:

Fuimos a una brigada médica, pero fuimos con muchas personas de la alcaldía. Cuando eso, prácticamente, como que estaban las políticas en su furor y era más como una brigada política que médica. Entonces, nosotros sabemos que hay un protocolo que cumplir y que respetar. No se llevan celulares, no se toman fotos. De pronto, si necesitamos una evidencia, pedimos permiso a la comunidad. Entonces, esa vez, llevaron mucha gente de la

alcaldía, comenzaron, tome foto, tome foto. Resulta que cuando estaba la odontóloga haciéndole una extracción a la mujer del comandante de la guerrilla, el muchacho tomó la foto. Entonces ella se paró y el comandante se dio cuenta de que le habían tomado fotos, que por qué le tomaron fotos. Nos quitaron los celulares, nos quitaron los bolsos, nos quitaron todo, pararon la brigada y nos hicieron amanecer allá hasta que no revisaron todo lo que llevamos no nos dejaron salir hasta ese otro día por la tarde (Testimonio MM4, 2023).

Si bien, MM3 indica que la seguridad es, en primer lugar, responsabilidad del Estado (Testimonio MM3, 2023), la seguridad es también responsabilidad de toda la población, incluyendo el personal de Misión Médica, lo cual implica conocer las reglas, principios y protocolos que evitan la exposición al riesgo y que minimizan las tensiones y la ocurrencia de hechos de violencia, tal como continúa explicando MM4 en su narración sobre la experiencia con el personal de la Alcaldía en la brigada de salud “entonces, mira que eso nos puso en riesgo. Claro. ¿Por qué? Porque si no conoces...el protocolo, lo que debes hacer y lo que no puedes hacer, entonces pones en riesgo a todo el personal (Testimonio MM3, 2023)”.

En este punto, retoma relevancia la visibilización a través de los procesos de educación, información y resignificación, hacia la comunidad del municipio, en particular, sobre la neutralidad de la Misión Médica, teniendo en cuenta que, la mayoría de la población desconoce el tema y realiza acciones que comprometen este principio y que, eventualmente, tienen la probabilidad de afectar la seguridad de la Misión Médica. Esto, se corrobora en el siguiente relato de MM1 en el que expresa que, los miembros del Ejército no tienen conocimiento acerca de este principio, lo cual afecta su seguridad:

Si bien ellos [*los miembros del Ejército*], creo que saben de Derecho Internacional Humanitario, creo, porque lo deben saber, no sabían que era neutralidad e imparcialidad. Y

lo pude corroborar en una reunión que hicimos en marzo, fuerzas militares del municipio, donde ellos nos decían que, si nosotros teníamos miedo de ir a la zona, pues ellos nos acompañaban con helicópteros y con la avanzada terrestre y que la podían desplegar de escolta en los centros de salud donde nosotros íbamos a estar. Y yo le dije venga, usted sabe de DIH, usted sabe qué es neutralidad e imparcialidad, yo no puedo estar con usted porque prácticamente primero me convierto en un objetivo militar y segundo, le impediría el acceso a todas las personas que están enfermas y que bien o mal si es un actor armado, pero que tiene una malaria y está con fiebre, pues ya deja de ser un actor armado. Para mí sería un paciente enfermo. Y si yo lo voy a atender, no tengo que preguntarle ni de qué grupo es, porque yo lo estoy atendiendo y para mí es un paciente y se va a llamar Juan o como él me quiera decir. Entonces, alguien le codea y le dice, ella está hablando de Derecho Internacional Humanitario y está hablando de neutralidad e imparcialidad. Y entonces él dice Ah, okey, okey, entiendo (Testimonio MM1, 2023).

En suma, y de acuerdo con lo establecido por Plattner (1996), la neutralidad provee garantías para la seguridad durante el ejercicio de la labor médica dentro de la Misión Médica, porque evita tomar algún partido, tener alguna preferencia o intervenir dentro del conflicto que caracteriza el contexto municipal, para de esta manera, prestar el servicio de manera generalizada y sin excepciones. MM1 es consciente de ello:

Entonces, digamos que esas dos palabritas, neutralidad e imparcialidad, primero yo no las conocía. Pero fueron las dos únicas palabras que me han permitido trabajar en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia y que me han permitido decirle a las personas que independientemente de dónde estés trabajando, si en el municipio el Bajo Cauca, en Antioquia, en Bogotá, en Medellín, en...(SIC) si tú eres un personal de salud y aplicas esos dos principios, a ti te va a ir bien en la vida, porque estás haciendo algo justo (Testimonio MM1, 2023).

Sobre los tres ejes de investigación: construyendo sentido sobre el objetivo general de la investigación

Con el objetivo de indagar sobre las tensiones que terminaron por convertir a la Misión Médica en un objetivo militar en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, se han analizado, a la luz de las distintas técnicas de investigación utilizadas para cada objetivo específico, tres ejes temáticos de investigación: la influencia del contexto sociohistórico en el desarrollo de las tensiones alrededor de la Misión Médica, las fuentes de tensión entre la Misión Médica y los demás actores de la realidad sociopolítica del municipio del Bajo Cauca en Antioquia objeto de este estudio de caso, y las percepciones de la población sobre la neutralidad de la Misión Médica en el territorio, cuando ocurrió una infracción a la Misión Médica en la que un médico rural resultó asesinado.

La evidencia sugiere que el contexto sociohistórico del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia influye en el desarrollo de las tensiones alrededor de la Misión Médica, puesto que hay algunas condiciones estructurales (desempleo, migración, presencia y proliferación de grupos armados y delincuenciales, corrupción estatal, condiciones laborales, etc.) que estructuran distintas tensiones alrededor de la Misión Médica. Estas tensiones tienen que ver con: (1) las condiciones para la prestación de los servicios de salud en el territorio, las cuales están estrechamente relacionadas con el olvido histórico que ha sufrido el municipio y que ha provocado en la población una sensación de deuda estatal que predispone la actitud de las personas; (2) la *calentura* en la que viven los habitantes del territorio por los hostigamientos de los grupos armados y (3) el *estigma* que ello ha producido sobre el municipio a nivel local, departamental y nacional.

Los hallazgos sobre la influencia del contexto histórico y social soportan lo establecido por Palacio et al (2020) en lo relacionado con que, al haber diferencias en las condiciones tanto laborales a las que se enfrentan los miembros de la Misión Médica, como sociales para la prestación de los servicios de salud en aquellos municipios donde se presentan situaciones de conflicto, se generan tensiones que se traducen en afectaciones, agresiones e infracciones a la Misión Médica. En ese sentido, en el apartado del documento sobre el primer eje temático se expuso, entre otras, que las condiciones laborales de la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, que se caracterizan por retrasos en los salarios, problemas con la contratación y mala calidad en la infraestructura de la salud, posibilitan las tensiones de la Misión con la comunidad. Estas constituyen, en conjunto, fallas en el sistema de salud que facilitan las agresiones e infracciones a la Misión Médica. Este hallazgo confirma lo propuesto por Casallas et al. (2022) sobre los resultados de la investigación desarrollada por la Universidad del Rosario, la Cruz Roja Colombiana y la Cruz Roja de Noruega que demuestran que los principales agresores de la Misión Médica suelen ser los familiares inconformes, los pacientes y la población del municipio, que se movilizan para agredir a la Misión como resultado de una insatisfacción generalizada de los usuarios del sistema de salud por las condiciones no óptimas con las que se les presta el servicio de salud. Finalmente, y teniendo en cuenta que según Casallas et al (2022) la literatura que analiza la relación entre el contexto social y las vivencias de aquellos encargados de la atención en salud es escasa, los hallazgos expuestos en este eje temático buscan aportar en esa literatura a través del análisis del contexto histórico y social y su influencia en el desarrollo de tensiones alrededor de la Misión Médica en un contexto de *calentura* como el del municipio de Bajo Cauca, en Antioquia.

Las anteriores características del contexto sociohistórico, además, definen la forma en cómo se relaciona la Misión Médica y los demás actores del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia (comunidad, instituciones, grupos armados) que es objeto de este estudio. Si bien, desde las percepciones de la población civil y la Misión Médica se plantea un escenario de cómo deberían estructurarse las relaciones con la Misión Médica que se basa en un conocimiento de la Misión, y por tanto, un respeto generalizado, lo que se observa es que en el territorio existe un desconocimiento generalizado sobre la naturaleza, la labor y la normatividad de la Misión Médica, además de una falta de sensibilidad cultural por parte de la Misión Médica que llega al territorio, frente al contexto del municipio. Todo esto, en suma, influye en el desarrollo de las tensiones alrededor de la misma. Estos hallazgos se encuentran alineados con lo planteado por Botero et al. (2004) sobre el desconocimiento generalizado que existe entre los estudiantes de las carreras del área de la salud sobre DIH y conflicto armado. Tal desconocimiento incrementa el riesgo para laborar en territorios con contextos de conflicto violento, pues ignoran los protocolos y lineamientos que dictan las normas nacionales, internacionales y la normatividad propia del país sobre cómo ejercer su labor en zonas de conflicto. Además, se halló que, producto de este desconocimiento, y aunado a las difíciles condiciones laborales para los miembros de la Misión Médica, existen tratos irrespetuosos, deshumanizantes y faltos de empatía por parte de la Misión y de los usuarios del sistema de salud, lo que incrementa las tensiones entre ellos. Estas tensiones también se explican, nuevamente, por la falta de condiciones óptimas, infraestructura y garantías para la prestación de calidad del servicio de salud, lo cual resulta también en tensiones alrededor de la Misión Médica. Sin embargo, uno de los hallazgos de esta investigación es que este ciclo de tensiones y violencias alrededor de la Misión Médica representa un reto para los miembros de la Misión en tanto, en línea con lo establecido en la normatividad nacional e internacional,

son ellos los responsables de garantizar una atención humanizada y de calidad. Este último hallazgo se relaciona con la bioética estudiada por Bautista Espinel (2018), teniendo en cuenta que, si bien los trabajadores de la salud se enfrentan a situaciones de coerción, amenaza o intimidación por parte de los grupos armados en el territorio, la bioética debe regir la actividad médica para garantizarle a la población el derecho a la vida y la salud. Asimismo, de acuerdo con lo establecido por Bautista Espinel (2019) la bioética, acompañada de la precaución en el ejercicio de la salud, conlleva a una actuación neutral en la prestación de los servicios de salud, lo cual es precisamente el último eje temático analizado en la investigación.

Sobre las percepciones de neutralidad de la Misión Médica, se explicó previamente que, en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, han existido algunos cuestionamientos por parte de la población sobre la neutralidad de la Misión, lo cual ha generado tensiones alrededor de la misma. Este hallazgo concuerda con lo estipulado por Calvet (2017), pues, según su estudio, una de las principales razones por las que la ayuda humanitaria internacional recibe ataques es la percepción de parcialidad y neutralidad de las misiones, lo cual disminuye la credibilidad, confianza y aceptación de la población y de las partes que se encuentran en conflicto en el territorio. En este sentido, los resultados de esta investigación sugieren que es claro que la normativa nacional e internacional dicta los principios que rigen la labor de la Misión Médica, y en ese sentido, se establece que la Misión es una figura imparcial y neutral en el contexto de conflicto. No obstante, por cuestiones que tienen que ver con desconocimiento de la normativa, en ocasiones, algunas infracciones a la Misión Médica potencialmente se asocian con imprudencias por parte del personal de salud o de diversos actores de la realidad municipal (como fuerza pública, ejército, etc.), que generan

conductas inseguras y que posibilitan las agresiones contra la Misión. Sin embargo, para ahondar en este aspecto, es importante continuar investigando sobre las posibles imprudencias ocasionadas por el desconocimiento, que cuestionan la neutralidad de la Misión Médica, que generan tensiones en torno a ella y que se traducen, ocasionalmente, en agresiones e infracciones a la misma. Finalmente, la investigación revela que la construcción de relaciones de confianza entre la Misión Médica y la población, de manera general, es fundamental para salvaguardar el principio de neutralidad, tal como establece Terry (2011) y Plattner (1996).

A partir de lo anterior, se revela que distintos aspectos abordados los tres ejes temáticos de la investigación han estructurado y contribuido a la construcción de tensiones alrededor de la Misión Médica en el territorio, lo cual, en consecuencia, posicionó a la Misión Médica (como un todo) como objetivo militar en el año 2019, cuando ocurrió la infracción en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia.

Conclusión

De acuerdo con los hallazgos producto de la revisión bibliográfica y de las 6 entrevistas desarrolladas en esta investigación, para entender las tensiones alrededor de la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, que desencadenaron la infracción a la Misión en el 2019, es necesario, en principio, articular esas opiniones, percepciones y argumentos con el contexto sociohistórico del municipio, para entender cómo este condiciona la comprensión e interpretación de la realidad de los participantes (Thompson, 1993).

En ese sentido, el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia hace parte de una subregión antioqueña con características particulares, entre las que sobresale, por ejemplo, el

potencial minero. Este potencial ha generado que diversos foráneos, tanto nacionales como internacionales, arriben al territorio en busca de mayores oportunidades y que coexistan en él múltiples culturales y costumbres. Sin embargo, y en consecuencia de un olvido histórico estatal que ha provocado un retraso económico y social, cuando estas personas se enfrentan a la realidad municipal evidencian que existen problemas estructurales de desempleo, informalidad e ilegalidad y que no existe una amplia oferta laboral legal y formal para aquellos que desean trabajar en la explotación del oro. Esta situación, entonces, ha facilitado la permanencia, proliferación y reorganización de distintos grupos armados y delincuenciales en el territorio, que sacan provecho de esa falta de oportunidades, que producen en el territorio algunas dinámicas y expresiones de violencia y que determinan y definen las diversas interacciones, entre la misma población y la Misión Médica, lo cual describen los nativos participantes como la *calentura*. Este fenómeno de *calentura*, caracterizado por los hostigamientos, amenazas, coerción y, en general, las diferentes formas de violencia ejercidas por los grupos armados hacia la comunidad y la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, ha gestado un *estigma* alrededor del municipio que le confiere una connotación negativa no solo a nivel local sino a nivel nacional y que afecta no solamente a la comunidad sino también a los trabajadores del sector salud. Este *estigma* de violencia se suma al de la pobre oferta de servicios públicas, la deficiente infraestructura y la falta de condiciones laborales óptimas, que representan una fuente de tensión para la Misión Médica. Lo anterior ha conllevado a que: (1) los integrantes de la Misión Médica del municipio huyan en cuanto se presenta alguna situación de riesgo o peligro; (2) aquellos quienes deben prestar su Servicio Social Obligatorio (rural) no lo hagan por miedo. Estas dos consecuencias han generado un círculo vicioso de tensiones frente a la Misión Médica, en el que no hay condiciones óptimas para la prestación de los servicios de salud, existe un déficit de

integrantes de la Misión Médica en el municipio y se exacerbaban las condiciones de vulnerabilidad de la población.

Para profundizar en las fuentes de tensión entre la Misión Médica y otros actores de la realidad sociopolítica del municipio, se encontró que, tanto los miembros de la Misión Médica como la población civil entrevistada, comparten una dualidad entre el deber ser y la realidad de la Misión en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia. Sobre el deber ser, los hallazgos sugieren que está caracterizado por el conocimiento que debería tener tanto la comunidad como los miembros de la Misión sobre la Misión Médica, el emblema de Misión Médica, la normatividad nacional e internacional y la forma en cómo se entiende y relaciona con el contexto municipal (sensibilidad cultural), para poder comprender el porqué es necesario e imperativo proteger a la Misión en el territorio. Asimismo, el deber ser también se relaciona con cómo debería prestarse el servicio de salud en el municipio, con una infraestructura de calidad y con un personal suficiente que provea una atención personalizada y humanizada. Sin embargo, la realidad dista de estos escenarios ideales, en tanto hay un desconocimiento generalizado en la comunidad frente a lo relacionado con Misión Médica, existen diversas agresiones e infracciones a la Misión Médica por parte de diversos actores en el municipio por múltiples motivaciones y no existe un respeto mutuo entre la Misión Médica y los usuarios del sistema. Lo anterior ha suscitado diversas tensiones alrededor de la Misión. Para disminuir esas tensiones, los entrevistados coinciden en afirmar que es crucial crear un engranaje funcional entre la Misión Médica y todos los demás actores de la realidad sociopolítica del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, a partir del reconocimiento conjunto de que cuando se ataca o afecta a la Misión Médica se está afectando a la misma comunidad, buscando rodear y proteger a la Misión Médica en el desarrollo de sus labores.

Este engranaje se logra, con procesos de pedagogía, capacitación, educación y visibilización estructurales y permanentes.

Finalmente, existen tensiones alrededor de la Misión Médica cuando no hay una percepción de confianza y seguridad en torno a su labor. Esta falta de confianza y seguridad se encuentra estrechamente relacionada con el desconocimiento de la normatividad, que establece los comportamientos correctos por parte de los integrantes de la Misión para la prestación de los servicios de salud y que se alinea con el principio de neutralidad de las misiones médicas. En ese sentido, cuando la neutralidad de la Misión Médica se ve afectada o cuestionada por alguna situación de desconocimiento o imprudencia, proveniente de ellos mismos o de algún otro actor de la realidad sociopolítica del municipio (como la fuerza pública, el ejército, actores políticos, etc.) que podría resultar en el favorecimiento o privilegio en la prestación de los servicios, o por alguna intención política de aprovecharse del capital social (confianza) de la Misión con la población o por el acompañamiento del Ejército a la Misión Médica en ciertas brigadas en territorio, que termina por exponerla, se rompe la confianza de la comunidad hacia la Misión y se posibilita el desarrollo de tensiones en su contra. Lo anterior, amerita nuevamente, afianzar la visibilización en lo relacionado con los procesos de educación, información y resignificación, en sus integrantes, pero también en la comunidad (civiles, fuerza pública, instituciones, etc.) local y nacional, en lo relacionado con su normativa y protocolos, tanto para los integrantes de la Misión, como para la comunidad en general (población civil, fuerza pública y grupos armados) con el fin de salvaguardar la neutralidad de la Misión en el contexto del conflicto y de esa manera practicar y replicar comportamientos seguros y confiables.

Referencias

- Alcaldía del municipio del Bajo Cauca. (2016). *Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019. Alianza para la transformación social.*
- Alcaldía del municipio del Bajo Cauca. (2020). *PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL. “EL MUNICIPIO DEL BAJO CAUCA, COMPROMISO DE TODOS” 2020-2023.*
- Álvarez, S., & Rettberg, A. (2008). Cuantificando los efectos económicos del conflicto: una exploración de los costos y los estudios sobre los costos del conflicto armado colombiano. *Colombia Internacional*, 67, 14–37.
- Arango, M., Maya, M., & Bejarano, O. (2000). *Bajo Cauca. Desarrollo regional: una tarea común universidad-región.* Medellín: Universidad de Antioquia.
- Ardila, A. (2022). Aporte a la verdad: contexto de la fuerza pública para la memoria histórica. *Bogotá: Universidad Sergio Arboleda.*
- Bautista Espinel, G. O. (2018). Tensiones bioéticas y principios aplicables en misión médica: ¿existen límites en el cumplimiento del deber? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(1), 136–154.
- Bautista Espinel, G. O. (2019). *Sentimientos, tensiones y conflictos éticos de la misión médica. El caso del Catatumbo. Aportes de la bioética para orientar la paz en horizontes de reconciliación.* Universidad del Bosque.
- Bilewicz, M., & Vollhardt, J. R. (2012). Evil transformations: Social-psychological processes underlying genocide and mass killing. *Social Psychology of Social Problems: The Intergroup Context*, 280–307.

- Calvet Martínez, E. (2017). Retos de la ayuda humanitaria en conflictos armados prolongados: el rol creciente de los agentes locales. *Revista Española de Derecho Internacional*, 69(1), 245–270. <http://digital.casalini.it/4341774>
- Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia. (2021). *Perfil socioeconómico de la subregión del Bajo Cauca*.
- Casallas, A. L., Peña, A. M., Moreno, B., Marulanda, C. A., & Herrera, T. (2022). Agresiones al personal de salud y afectaciones en la prestación del servicio sanitario en Latinoamérica. Estado de la cuestión, 2011-2021. *Revista Salud, Historia y Sanidad*, 17(1), 7–18.
- Castro, C. A. B., & Vargas, M. F. M. (2018). *Conflicto Armado Interno en Colombia*. Universidad Católica de Colombia.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). Los impactos y los daños causados por el conflicto armado en Colombia. In *¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad* (pp. 259–377).
- CICR. (n.d.). *HCID INITIATIVE*. Retrieved November 14, 2023, from <https://healthcareindanger.org/hcid-project/>
- CICR. (2010). *Colombia: consecuencias humanitarias del conflicto armado en Colombia*. Comité Internacional de La Cruz Roja. <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/report/colombia-report-intro-220410.htm>
- CICR. (2011). *ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO LA REALIDAD DEL PROBLEMA*.

- CICR. (2014). *Los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales*.
<https://www.icrc.org/es/document/los-convenios-de-ginebra-de-1949-y-sus-protocolos-adicionales>
- CICR. (2022). *Marking ten years of health care in danger in the International Red Cross and Red Crescent Movement*. International committee of the red cross.
- Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición. (n.d.). *¿Qué es la Comisión de la Verdad?* Retrieved February 3, 2024, from
<https://web.comisiondelaverdad.co/la-comision/que-es-la-comision-de-la-verdad>
- Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición. (2022). Caso «La salud entre fuegos» Infracciones contra la misión médica y la medicina tradicional, y violencia contra el sector salud en el conflicto armado colombiano (1958- 2019) Capítulo de Impactos, afrontamientos y resistencias 2022. In *Informe Final*.
- Correa Zambrano, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1210–1218.
- Cox, K., Flint, R., Favaro, M., Slapakova, L., & Harris, R. (2020). *Researching violence against healthcare: Gaps and priorities*. ICRC and ELRHA.
- Cubillos Álzate, J. C., Matamoros Cárdenas, M., & Perea Caro, S. A. (2020). *Boletines poblacionales: Población Víctima del Conflicto Armado* (p. 16). Ministerio de Salud y Protección Social.
- de Botero, L. A. L., Idárraga, A. L. O., & Jaramillo, J. I. L. (2004). Sector salud, conflicto armado colombiano y Derecho Internacional Humanitario. *Investigación y Educación*

En Enfermería, 22(2), 62–75.

- Díaz Bonilla, P. A. (2019). Estigmatización social y territorial: efectos de la toma guerrillera de septiembre de 1997 en Pajarito, Boyacá. *Revista Cambios y Permanencias*.
- Dyukova, Y., & Chetcu, P. (2013). *LOS PRINCIPIOS HUMANITARIOS EN CONFLICTO*. ACF International.
- El Tiempo. (2019, May 15). El último día del médico asesinado en el municipio del Bajo Cauca; ya hay un capturado. *El Tiempo*. <https://www.eltiempo.com/colombia/calif/asi-fue-la-muerte-de-medico-cristian-julio-en-antioquia-361344>
- Estrada, F. (2007). La información y el rumor en zonas de conflicto. *Análisis Político*, 20(60).
- Frías, G. A. P. (2002). *Innovación tecnológica y cambio cultural en la empresa pública y privada en México*. Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos.
- Fundación Ideas para la Paz. (2014). Dinámicas del conflicto armado en el Bajo Cauca antioqueño y su impacto humanitario. *Fundación Ideas Para La Paz*.
- Galtung, J. (1996). Peace by peaceful means: Peace and conflict, development and civilization. *Peace by Peaceful Means*, 1–292.
- Garcés Palacio, I. C., Ramos, S., Quiceno Toro, N., García Jiménez, M. A., Ochoa Sierra, M., Bedoya Bedoya, E., & Ruiz Sánchez, L. E. (2020). Experiencias de la misión médica en Colombia. Voces en medio del conflicto armado. *Gerencia y Políticas de*

Salud, 19, 1–18.

Giménez Montiel, G. (2005). *Teoría y análisis de la cultura*. Intersecciones.

Gobernación de Antioquia. (n.d.). *Recomendaciones de seguridad*.

<https://www.dssa.gov.co/index.php/inicio-mision-medica/item/1435-recomendaciones-de-seguridad>

González Ordovás, M. J. (2011). *Conflicto armado interno, derechos humanos e impunidad*. Siglo del Hombre Editores.

Haar, R. J., Read, R., Fast, L., Blanchet, K., Rinaldi, S., Taithe, B., Wille, C., &

Rubenstein, L. S. (2021). Violence against healthcare in conflict: a systematic review of the literature and agenda for future research. *Conflict and Health, 15*(1), 1–18.

Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 37*(3).

Latorre, E., & Tamayo, E. (2017). *Participación ciudadana y democracia experimentalista en la constitución política de 1991: análisis de una realidad local en Colombia*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.-a). *Misión Médica*.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/mision-medica.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (n.d.-b). *Retos del sector salud y de protección social en la atención integral de las víctimas del conflicto armado*.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/Paginas/victimas.aspx#:~:text=Son aquellas personas que individual,Humanos%2C ocurridas con ocasión del>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Manual de Misión Médica*.

<http://hdl.handle.net/20.500.11762/20719>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Misión Médica ha recibido 242 ataques en el transcurso del año. *Boletín de Prensa No. 843 de 2020*.

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mision-Medica-ha-recibido-242-ataques-en-el-transcurso-del-ano.aspx#:~:text=Aumentaron las agresiones contra,con atención de la pandemia.&text=Audio de Luis Fernando Correa,Gestión Territorial%2C>

Emergencias y Desastre

Morales, O. (2003). Fundamentos de la investigación documental y la monografía. *Manual Para La Elaboración y Presentación de La Monografía.*, 20.

Ospina, G. (2019). Salud en el municipio del Bajo Cauca, a la deriva por asesinato de médico. *El Colombiano*.

Plattner, D. (1996). La neutralidad del CICR y la neutralidad de la asistencia humanitaria.

Revista Internacional de La Cruz Roja, 21(134), 173–194.

Ley de víctimas y restitución de tierras, Pub. L. No. 1448 (2011).

Redacción Colombia. (2022). Médicos del municipio del Bajo Cauca (Antioquia)

abandonaron el municipio por amenazas. *El Espectador*.

Rettberg, A. (2020). Violencia en América Latina hoy: manifestaciones e impactos. *Revista de Estudios Sociales*, 73, 2–17.

Rutas del Conflicto. (2021). *Bajo Cauca antioqueño: la crisis humanitaria que no da espera*. Comisión de La Verdad. <https://rutasdelconflicto.com/especiales/bajo->

Zuluaga Ramírez, L. A. (2022). El dispositivo humanitario y transicional de la atención y reparación a víctimas del conflicto armado colombiano en procesos adelantados en la subregión del Oriente antioqueño. *Oñati Socio-Legal Series*, 12(5), 1153–1177.
<https://doi.org/10.35295/osls.iisl/0000-0000-0000-1327>

ANEXO 1.

SOBRE LA EXPERIENCIA EN CAMPO, LOS ACTORES Y LA CONSTRUCCIÓN DE SUS FORMAS SIMBÓLICAS

“Gracias por tenernos en cuenta esta subregión que es la calentura. Yo siempre digo que somos calentura porque tenemos mucho corazón, mucho que dar, muchas cosas que mostrar de forma positiva.” (Testimonio PC1, 2023).

“(…) Es bonito de pronto de que una persona nos tome como referentes para esto, que no se quede como ahí la labor que hacemos.” (Testimonio MM4, 2023).

Este capítulo relata la experiencia en campo al realizar las entrevistas, con el fin de exponer: i) la experiencia propia de llevar a cabo la investigación; ii) la percepción que se logró crear sobre los participantes y iii) la forma en como los dos puntos anteriores moldean, en un proceso inicial de interpretación y reinterpretación, las formas simbólicas (criterios, opiniones y argumentos (Thompson, 1993) de las 6 personas entrevistadas en lo relacionado a su propia vida, su contexto y la infracción a la Misión Médica del año 2019, que es el hecho central alrededor del cual se desarrolla el presente estudio. Lo anterior se realiza con el fin de establecer un contexto previo al análisis desarrollado en el siguiente capítulo, que permita sentender de una manera más sencilla la discusión dada. Es ahora, entonces, el momento preciso para comenzar este capítulo narrativo, que es en su naturaleza diferente a los otros dos y que representa también para la investigadora una parte de sí que se refleja en este estudio.

Sobre el desarrollo de las formas simbólicas de los participantes: el contexto base para el análisis de la información

En ese sentido, previo a detallar el análisis de los resultados obtenidos, se realiza un ejercicio de interpretación de las voces, sentidos y experiencias propias de los participantes de la investigación, desde la perspectiva de la investigadora, con el fin de aproximarse a la forma en cómo se estructuran sus formas simbólicas y así poder entender, en cierto sentido, por qué opinan, piensan y mencionan la información que relatan en las entrevistas.

En primer lugar, se encuentra el participante MM 1 quien hace parte de la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, se desempeña en la profesión de enfermería. Aunque esta persona no es oriunda del municipio, llegó a él hace 14 años desde una zona en la que nunca vivió de cerca el conflicto urbano o rural, por tanto, llegar al municipio del Bajo Cauca, en Antioquia representó para el participante un importante choque. El motivo por el cual llegó al municipio se debió a un hecho de violencia ocurrido hace algunos años, lo cual provocó que los enfermeros del hospital abandonaran el municipio y a raíz de la escasez de fuerza laboral, fue llamado a trabajar en el mismo. Por su experiencia, MM1 conoce de cerca el funcionamiento del hospital municipal, pues en su trayectoria profesional en el territorio ha podido trabajar en casi todas las áreas del mismo, incluyendo las administrativas.

En la fuerza de su relato se evidencia lo que fielmente expresan sus palabras: ha sido apasionado y entregado a su labor, y desde el primer momento en que llegó al territorio, encaró las múltiples falencias que existían para mejorar la capacidad de respuesta del sector salud, liderando la Misión Médica. Su experiencia es amplia con la comunidad y la cercanía que transmite le ha permitido reconocimiento, admiración y cariño por parte de esta.

Dialogar con MM1 es como leer un libro que se encuentra permanentemente abierto para cualquiera que esté interesado en el contenido de sus páginas. MM1 tiene la fortuna de ser tan técnico en lo profesional como humano en el trato hacia las personas, lo que complementó de manera enriquecedora su participación en esta investigación.

Sobre su experiencia con lo ocurrido en el 2019, MM1 reconoce con una sensación de malestar y decepción que hasta ese año la Misión Médica no había sido agredida en el territorio, lo cual fue desconcertante para el participante. Asimismo, el hecho lo descubriría incrédulo en su oficina, no solo por quien era el médico ni porque había trabajado con él sino por la “tranquilidad” con la que venían de tiempo atrás, y sobre eso reconoce que la historia del hospital se partiría en dos a partir de lo sucedido.

En segundo lugar, está el participante MM2 que hace parte de la Misión Médica departamental, ejerciendo su profesión de médico. Si bien, no tiene una relación directa con el contexto del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, ha tenido acercamiento con el municipio a través de la Misión Médica en temas que tienen que ver, sobre todo, con capacitación.

MM2 tiene un relato muy estructurado e institucional y sus respuestas van siempre en línea normativa, por tanto, el ejercicio conversacional que suponía la entrevista fue un poco más complejo con este participante.

Con respecto a lo ocurrido en el 2019, el participante reconoce las consecuencias de lo sucedido con respecto a la paralización del hospital y a la afectación en la prestación de los servicios de salud por la renuncia masiva del personal en el hospital municipal. Lo anterior, y desde la institucionalidad, motivó el establecimiento de una mesa en la que se

hiciera seguimiento a la situación ocurrida, se respondiera adecuadamente ante ese hecho y se generaran acciones de prevención para la no repetición del mismo, logrando eventualmente el restablecimiento del hospital y la prestación de los servicios.

En tercer lugar, se encuentra el participante MM3, quien también hace parte de la Misión Médica del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, ejerciendo su labor de administrador financiero en el hospital municipal. MM3 nació en otro departamento del país, pero llegó al municipio del Bajo Cauca, en Antioquia hace 42 años, y los últimos 25 ha trabajado en el hospital. Similar a la situación del participante MM1, MM3 también tiene un conocimiento general del funcionamiento de la institución, pues ha tenido la fortuna de desempeñar distintos cargos en diversas áreas del hospital. Se concibe muy social y comunitario y en su relato es evidente la empatía y afinidad que logra con las personas que se relaciona. MM3 es optimista y percibe que, de manera general, el municipio ha mejorado y ha tenido un desarrollo importante en la última década.

El acercamiento con MM3 para su participación en esta investigación fue en principio complejo. Si bien, con los participantes MM1 y MM2 la comunicación fue efectiva y desde el primer momento estuvieron dispuestos a participar y colaborar en lo necesario, con MM3 el caso fue distinto. Fue necesario insistir durante varias semanas para obtener respuesta y poder coordinar de manera conjunta una sesión en la que se pudiera desarrollar la entrevista. Es ahora, luego de dialogar con MM3 y entender su relato, donde es quizás notoria la razón por la cual, en principio, el participante pudo haber estado inclinado a evitar participar: su experiencia sobre lo ocurrido en el 2019 es mucho más personal que las mencionadas anteriormente. MM3 era cercano al médico y el recuerdo del hecho todavía rememora algunas emociones. La descripción sobre su experiencia fue aún dolorosa y, entre todos, fue

el relato con mayor silencio. Como MM1, MM3 reconoce que lo ocurrido en el 2019 era inconcebible no solamente por quién era su amigo sino porque venían de años de respeto y relativa tranquilidad con respecto a la Misión Médica.

Sobre el participante MM4, es importante mencionar que inicialmente se tenía dispuesta una persona que hacía parte de la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia para que pudiera participar en la investigación. En un inicio se organizó una sesión sobre la cual desarrollar la entrevista, pero por obligaciones laborales y tiempo, fue imposible llevarla a cabo. Se tuvo entonces un segundo acercamiento, pero en esta ocasión la persona no estuvo dispuesta a participar, argumentando que hay otras personas más capacitadas sobre el tema de Misión Médica en el territorio que podrían colaborar. Por tanto, fue necesario buscar con el participante MM1 otra persona que hiciera parte de la Misión Médica en el territorio y que quisiera hacer parte de la investigación. Es de este modo que se llega al participante MM4, quien es oriundo del municipio y ejerce la profesión de auxiliar de enfermería. MM4 lleva trabajando varios años en el territorio y el relato sobre su experiencia profesional y personal se asemeja a una enciclopedia. Ha experimentado en primera persona algunos hechos de intimidación y ataque siendo parte de la Misión Médica en el municipio del Bajo Cauca, en Antioquia y guarda en su memoria cada vivencia y sentir en torno a ellos.

MM4 lideró en todo momento la conversación y su relato se componía de múltiples narraciones e historias interconectadas que daban a entender que, en algún momento de la vida, debían ser escuchadas. Sobre su experiencia con respecto a lo ocurrido en el 2019, reconoce que, si bien han existido episodios difíciles con Misión Médica en el territorio, el

hecho los marcó como personas, como profesionales y como entidad, pues similar a la experiencia de MM1 y MM3, MM4 también conoció y trabajó junto al médico.

En lo relacionado con el quinto participante, PC1 hace parte de la población civil del municipio, nacido y criado allí, es ingeniero y desempeña sus labores en el territorio desde hace más de 15 años, trabajando para el principal sector económico del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia: la minería. PC1 tiene un amplio recorrido académico y profesional y sus argumentos e ideas se estructuran desde el conocimiento popular, el académico y su propia experiencia.

El participante PC1 no tiene una experiencia personal sobre el hecho ocurrido en el 2019, más allá de lo vivido de manera general en la comunidad del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia. En este sentido, establece que fue un hecho que conmocionó a todos porque, para el participante, es claro que las personas deben respetar a la Misión Médica.

Finalmente, se encuentra el participante PC2, que hace parte de la población civil del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, desempeñando la profesión de docente desde hace 35 años en el territorio. PC2 es apasionado por la labor social de la educación y por construir a través de ella comunidad. Su profundo deseo por mejorar las condiciones de vida, de salud y de educación del municipio son resultado, entre otras, de su espíritu inquieto que lo caracteriza hasta el día de hoy. En ese sentido, PC2 transforma su aula de clase en el territorio y es allí donde trabaja por ver los frutos de su labor. En su relato es claro el objetivo personal por el que se ha esforzado desde sus inicios: el liderazgo social. Por tanto, se ha inmiscuido en varios escenarios comunitarios fuera de la escuela, entre los que se encuentran algunos proyectos en salud. En particular, PC2 tiene una experiencia de 12 años liderando un proyecto

de salud sexual y reproductiva en el municipio, lo que le ha permitido construir una sólida noción de lo que es y lo que significa Misión Médica en el territorio.

La entrevista con PC2 fluyó realmente como una clase pues a medida que el participante iba hilando su narración, surgieron algunas preguntas por parte de la investigadora que fortalecieron la entrevista. La manera de relatar sus ideas y argumentos fue cálida, buscando siempre que la investigadora entendiera y sintiera lo que el participante buscó transmitir. Asimismo, PC2 siente un profundo respeto y cariño por sus raíces, por su municipio y en su relato es evidente el deseo de visibilizar la fuerza de los oriundos del municipio del Bajo Cauca, en Antioquia.

En lo relacionado a su experiencia con lo ocurrido en el 2019, PC2 establece que lo sucedido fue impresionante porque, además de haber tenido la experiencia de trabajar de la mano con el médico en jornadas comunitarias, era muy joven y, según su relato, habría entablado una relación empática con la gente. Es una situación, que según PC2, todavía no se olvida ni se supera, pues trastocó de manera profunda a la comunidad.

Todo lo descrito anteriormente alrededor del papel y la relación de los participantes con el territorio y con la Misión Médica, se consideró relevante para entender los hallazgos obtenidos en torno a las tensiones que terminaron por convertir a la Misión Médica en un objetivo militar en municipio del Bajo Cauca, en Antioquia, y resultaron en la infracción a la Misión Médica en el año 2019, lo cual se registra en el capítulo II del presente documento.

